BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — TYPOGRAPHIE HENRI PLON,
IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR,
RUE GARANCIÈRE, 8.

BULLETIN

DE LA

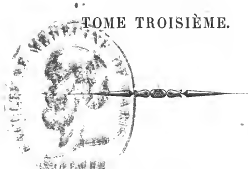
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1862.

DEUXIÈME SÉRIE

TOME TROISIÈME.



PARIS
VICTOR MASSON ET FILS
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1863

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

EN JANVIER 1863.

I. MEMBRES NATIONAUX.

Membres honoraires.

Date de l'entrée à la Société. MM.

14 janvier 1852. Jules Cloquet, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur honoraire à la Faculté de médecine. Élu membre honoraire le 14 janvier 1852.

7 février 1844. Deguise père, chirurgien de la Maison des aliénés de Charenton. Membre titulaire le 7 février 1844, honoraire depuis le 28 juin 1854.

28 février 1844. Deguise fils, chirurgien de la Maison des aliénés de Charenton. Membre titulaire le 28 février 1844, honoraire depuis le 23 janvier 1861.

23 août 1843. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine. Membre fondateur, honoraire depuis juin 1856.

11 mai 1853. Hervez de Chégoin, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin honoraire des hôpitaux. Élu membre honoraire le 11 mai 1853.

23 août 1843. Maisonneuve, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre fondateur, honoraire depuis le 28 mars 1860.

23 août 1843. Michon, chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé libre à la Faculté de médecine. Membre fondateur, honoraire depuis le 17 avril 1861.

23 août 1843. MONOD, chirurgien honoraire des hôpitaux, agrégé libre à la Faculté de médecine. Membre fondateur, honoraire depuis le 25 janvier 1860.

23 août 1843. NÉLATON, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital des Cliniques. Membre fondateur, honoraire depuis le 9 août 1854.

14 février 1844. RICORD, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie impériale de médecine. Titulaire le 14 février 1844, honoraire depuis le 27 mars 1850.

7 avril 1858. VELPEAU, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité. Élu membre honoraire le 7 avril 1858.

Membres titulaires.

25 avril 1860. BAUCHET, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine.

7 novembre 1860. BÉRAUD, chirurgien-professeur adjoint à l'hospice de la Maternité.

9 octobre 1861. BLOT, agrégé à la Faculté de médecine.

22 mai 1850. BOINET.

28 décembre 1853. BOUVIER, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, agrégé libre à la Faculté de médecine.

29 décembre 1852. BROCA, chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière, agrégé libre à la Faculté de médecine.

23 août 1843. CHASSAIGNAC (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital Lariboisière, agrégé libre à la Faculté de médecine.

23 août 1843. CULLERIER (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital du Midi.

23 août 1843. DANYAU (membre fondateur), chirurgien en chef et professeur à l'hospice de la Maternité, membre de l'Académie impériale de médecine, agrégé libre à la Faculté de médecine.

20 décembre 1848. DEBOUT.

26 décembre 1849. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison de santé des hôpitaux.

11 août 1858. DEPAUL, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital des Cliniques.

19 janvier 1853. Desormeaux, chirurgien de l'hôpital Necker.

28 mai 1862. Dolbeau, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, agrégé à la Faculté de médecine.

14 juillet 1852. Follin, chirurgien de l'hôpital du Midi, agrégé libre à la Faculté de médecine.

26 décembre 1849. Forget (Amédée).

13 mars 1861. Foucher, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, agrégé à la Faculté de médecine.

27 septembre 1848. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants malades, agrégé libre à la Faculté de médecine.

26 novembre 1845. Gosselin, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

28 septembre 1853. Guérin (Alph.), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

23 août 1843. Guersant (Paul) (membre fondateur), chirurgien honoraire des hôpitaux.

3 avril 1852. Houel, agrégé à la Faculté de médecine, conservateur du Musée d'anatomie pathologique de la Faculté.

23 août 1843. Huguier (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie impériale de médecine, agrégé libre à la Faculté de médecine.

28 novembre 1852. Jarjavay, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

16 juin 1852. Laborie, médecin en chef de l'asile de Vincennes.

28 mars 1849. Larrey, inspecteur général du service de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine, agrégé libre à la Faculté de médecine.

31 octobre 1855. Legouest, professeur au Val-de-Grâce. Élu membre correspondant le 31 octobre 1855, et membre titulaire le 19 janvier 1859.

23 août 1843. Marjolin (René) (membre fondateur), chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie.

6 août 1845. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

9 août 1854. Richard (Ad.), chirurgien de l'hôpital Cochin, agrégé libre à la Faculté de médecine.

20 octobre 1852. Richet, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, agrégé libre à la Faculté de médecine.

5 juin 1861. Trélat, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine.

22 décembre 1853. Verneuil, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, agrégé à la Faculté de médecine.

4 mai 1853. Voillemier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé libre à la Faculté de médecine.

...... N., place vacante par suite du décès de M. Robert.

Membres correspondants nationaux.

26 octobre 1853. Alquié (Alexis), professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

22 juillet 1857. Arlaud (François-Jos.-Charles), chirurgien en chef de la marine, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Toulon.

26 janvier 1853. Aubry (Jean), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rennes, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

12 février 1845. D'Avat (Gaspard-Adolphe), chirurgien de l'hospice d'Aix-en-Savoie (1).

8 janvier 1862. Azam (Charles-Eugène), professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux.

12 septembre 1855. Bardinet, directeur de l'École de médecine de Limoges, professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de l'hôpital de Limoges.

15 juin 1859. Benoît (Justin), professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin en chef des hôpitaux de Montpellier.

12 janvier 1853. Bernard (Camille-Reymon), médecin de l'Hôtel-Dieu d'Apt (Vaucluse).

11 mars 1857. Bertherand (Alphonse-François), directeur et professeur de clinique chirurgicale de l'École de médecine d'Alger, médecin principal de l'armée.

26 décembre 1855. Bouchacourt (Ant.-Jean-Emmanuel), ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Lyon.

7 décembre 1853. Bouisson (Étienne-Frédéric), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre associé national de l'Académie impériale de médecine.

(1) M. d'Avat, élu membre correspondant étranger en 1845, est devenu de plein droit membre correspondant national en 1860, par suite de l'annexion de la Savoie à la France.

8 janvier 1862. Bourgeois (Justin), médecin en chef de l'hôpital d'Étampes.

7 janvier 1863. Bourguet (Eugène), chirurgien de l'hôpital d'Aix-en-Provence.

18 août 1852. Camescasse (Jean-Louis-Adolphe), chirurgien principal de la marine impériale, médecin sanitaire de France à Smyrne, et médecin de l'hôpital français de Smyrne.

8 janvier 1862. Closmadeuc (Gustave-Adolphe de), chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Vannes.

22 août 1855. Clot-Bey, ex-directeur de l'École de médecine du Caire, aujourd'hui en résidence à Marseille.

5 mai 1847. Colson (J.-B.-Alexandre), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Noyon.

17 octobre 1855. Coste (Joseph-Pierre-Eutrope), professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'École de médecine de Marseille.

23 juin 1847. Debrou (Toussaint), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

13 août 1856. Decès (J.-B.-Louis), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

15 juin 1859. Denucé (Jean-Louis-Paul), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux.

5 septembre 1855. Desgranges (Antoine), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

19 juillet 1854. Diday (Charles-Joseph-Paul-Édouard), ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon.

25 avril 1860. Dieulafoy (Paul), professeur de clinique externe à l'École de médecine de Toulouse.

30 janvier 1856. Drouineau (Paul-François), chirurgien en chef des hospices civils de la Rochelle.

7 janvier 1863. Dubreuilh (Charles), chirurgien en chef et professeur d'accouchements de la Maternité de Bordeaux

7 janvier 1863. Duval (Ange), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Brest; premier chirurgien en chef de la marine.

2 mars 1853. Ehrmann (Charles-Henri), doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

14 janvier 1852. Fleury (Alfred-Charles), chirurgien de la marine impériale, en mission à Constantinople.

3 septembre 1856. Fleury (Jean-Baptiste), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

7 janvier 1863. Gaillard (François-Lucien), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

21 octobre 1856. Goyrand (Gaspard), chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix en Provence, membre associé national de l'Académie impériale de médecine.

24 mai 1854. Houzelot (Pierre-Xavier), médecin en chef de l'hôpital général de Meaux.

15 octobre 1845. Letenneur (Gustave-Paulin), professeur de clinique externe à l'École de médecine de Nantes, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

7 janvier 1863. Lizé (Adolphe-Édouard), chirurgien de la Maternité du Mans, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu du Mans.

3 novembre 1847. Loir (Joseph-Napoléon), à Mantes. Élu membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, le 3 novembre 1847; a quitté Paris en 1850 pour raison de santé, en échangeant son titre de titulaire pour celui de membre correspondant.

22 octobre 1851. Mascarel (Jules), médecin en chef de l'hôpital de Châtellerault.

11 octobre 1854. Maunoury (Charles-Michel-Alphonse), chirurgien de l'hôpital de Chartres.

15 juin 1859. Michel (Jean-Simon-Eugène), professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg.

3 décembre 1856. Mirault (Germanicus), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Angers, professeur de clinique externe à l'École de médecine d'Angers.

5 novembre 1845. Morel (Achille-Henri-Thomas), à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).

19 juillet 1854. Notta (Alphonse-Henri), chirurgien de l'hôpital de Lisieux.

7 janvier 1863. Ollier (L.-Xav.-Édouard-Léopold), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

28 août 1850. Parise (Jean), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lille.

2 juillet 1851. Payan (Pierre-Scipion), chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix en Provence, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

25 avril 1860. Perrin (Maurice-Constantin), professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

8 janvier 1862. Philipeaux (Raymond), à Lyon.

3 décembre 1854. Philippe (Henry), ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, à Bordeaux.

19 décembre 1855. Pirondi (Sirus-François-Simon), professeur à l'École de médecine de Marseille, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille.

2 août 1854. Plouviez (Benj.-Guilbert-Jos.), à Lille (aujourd'hui résidant à Paris).

10 août 1853. Prestat (Édouard-Louis), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

25 avril 1860. Putégnat (Jos.-Dominique-Ernest), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Lunéville.

8 janvier 1862. Raimbert (Louis-Adolphe), médecin des hospices de Châteaudun.

25 avril 1860. Reybard (Jean-François), ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Annonay, actuellement en résidence à Lyon.

28 juillet 1852. Rigal (Joseph-Jean-Antoine), chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Gaillac, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Gaillac.

22 avril 1860. Rochard (Jules-Eugène), second chirurgien en chef de la marine, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine navale de Brest.

30 décembre 1846. Roux (Jules), premier chirurgien en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine navale de Toulon, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

15 avril 1857. Roux (Jean-Noël), professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'École de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

7 janvier 1863. Salmon (Pierre-Alphonse-Augustin), chirurgien de l'hôpital de Chartres.

24 mars 1852. Sédillot (Charles-Emmanuel), inspecteur général du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

15 juin 1859. Serre (Auguste), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, à Alais.

8 janvier 1862. Silbert (Sébastien-Paulin-Denis), à Aix-en-Provence.

21 septembre 1853. Soulé (Jacques-Bernard-Eugène), chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

15 juin 1859. Stoeber (Daniel-Victor), professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

8 janvier 1862. Tholozan, médecin principal de l'armée.

8 janvier 1862. Thore (Ange-Marie), à Sceaux.

15 juin 1859. Valette (Dominique-Auguste), professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité à Lyon.

1er février 1854. Vallet (Jules), chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, ancien professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Orléans, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine.

II. MEMBRES ÉTRANGERS.

Membres associés étrangers.

24 août 1852. Chelius, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg.

24 août 1852. Grimm, médecin en chef de l'armée prussienne, à Berlin.

31 décembre 1862. Heyfelder père (le professeur), à Saint-Pétersbourg, membre correspondant étranger depuis le 30 mars 1853.

24 août 1852. Jæger, professeur de clinique chirurgicale à l'Université impériale de Vienne.

31 décembre 1862. Kilian, professeur d'accouchements à l'Université de Bonn.

30 juillet 1856. Langenbeck (le professeur), à Berlin.

24 août 1852. Lawrence, ancien président du Collége royal des chirurgiens, à Londres.

19 janvier 1853. Lebert, professeur de clinique à l'Université de Breslau. Membre titulaire depuis le 14 août 1850, M. Lebert a obtenu, en quittant Paris, le titre de membre associé étranger.

24 août 1852. Mott (Valentine), professeur de clinique chirurgicale, à New-York.
31 décembre 1862. Pirogoff (le professeur), aujourd'hui à Heidelberg.
30 juillet 1856. Porta, professeur de chirurgie, à Pavie.
31 décembre 1862. Rokitansky, professeur d'anatomie pathologique à l'Université impériale de Vienne.
6 juillet 1859. Scanzoni, professeur d'accouchements à l'Université de Wurzbourg.
24 août 1852. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg.
6 juillet 1859. Stromeyer (Louis), médecin en chef de l'armée du Hanovre, à Hanovre.
6 juillet 1859. Syme, professeur de clinique chirurgicale, à Édimbourg.
31 décembre 1862. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge, à Bruxelles.

Membres correspondants étrangers.

26 novembre 1845. Bassow, à Moscou.
31 décembre 1863. Beck (Bernard), à Fribourg en Brisgau.
8 janvier 1862. Bérend, à Berlin.
16 mars 1854. Beyrand, à Constantinople; actuellement en résidence à Paris.
21 octobre 1851. Birkett, à Londres.
6 juillet 1859. Blasius, à Halle.
6 juillet 1859. Boeck (W.), à Christiania.
17 septembre 1851. Borelli, à Turin.
21 juillet 1852. Bowmann, à Londres.
16 mars 1854. Brainard, à Chicago (Illinois, Nord-Amérique).
22 décembre 1852. Burggræve, à Gand.
6 juillet 1859. Ciniselli, à Crémone.
31 décembre 1862. Coote (Holmes), à Londres.
31 décembre 1862. Cornaz, à Neuchâtel.
6 juillet 1859. Credé, à Leipzig.
3 juin 1857. Crocq, à Bruxelles.
3 mai 1854. Didot, à Liége.
21 mai 1856. Dupierris père, à la Havane.
8 janvier 1862. Esmarch, à Kiel (Danemark).
6 juillet 1859. Fabbri, à Ravenne.
19 octobre 1853. Fleming, à Dublin.

6 juillet 1859. Friedberg (H.), à Berlin.
19 octobre 1853. Hamilton, à Dublin.
29 août 1855. Hammer, à Saint-Louis de Manheim (Missouri, Nord-Amérique).
26 décembre 1855. Hannover, à Copenhague.
15 septembre 1852. Hewett (Prescott), à Londres.
30 août 1854. Heyfelder fils (Oscar), à Saint-Pétersbourg.
31 décembre 1862. Hutchinson (Jonathan), à Londres.
6 juillet 1859. Larghi, à Bologne.
6 juillet 1859. Mac Leod, à Glascow.
22 octobre 1856. Mayor fils (Isaac), à Genève.
8 janvier 1862. Michaelis, à Vienne.
25 mai 1853. Michaux, à Louvain.
12 novembre 1856. Middeldorpf, à Breslau.
31 décembre 1856. Paget (James), à Londres.
11 juin 1845. Pauli, à Landau.
8 janvier 1862. Piachaud, à Genève.
4 octobre 1848. Pitha, à Prague.
6 juillet 1859. Ried, à Iéna.
8 janvier 1862. Rizzoli, à Bologne.
27 décembre 1854. Rothmund, à Munich.
2 janvier 1856. Sand-Cox, à Birmingham.
31 décembre 1862. Sangalli, à Pavie.
28 avril 1845. Senn, à Genève.
31 décembre 1862. Simon (Gustave), à Rostock.
6 juillet 1859. Soupart, à Gand.
31 décembre 1862. Sperino (Casimir), à Turin.
31 décembre 1862. Testa, à Naples.
6 juillet 1859. Thompson (Henri), à Londres.
6 juillet 1859. Vanzetti, à Padoue.
25 janvier 1854. Verhaeghe, à Ostende.

III. MEMBRES DÉCÉDÉS.

Fondateurs.

Bérard (Aug.).
Lenoir.
Robert.
Vidal (de Cassis).

Honoraires.

Bégin.
Bérard aîné.
Boyer (Phil.).
Cazeaux.
Duval (René).
Gerdy aîné.
Lallemand.
Marjolin père.
Roux.

Correspondants nationaux.

Bonnet, de Lyon.
Chapel, de Saint-Malo.
Chaumet, de Bordeaux.
Gély, de Nantes.
Gensoul, de Lyon.
Guépratte (marine).
Pravaz, de Lyon.
Saurel, de Montpellier.
Scrive (armée).
Vallette (Tharsile) (armée).
Vial, de Saint-Étienne.

Associés étrangers.

Ammon (von), de Dresde.
Arendt, de Saint-Pétersbourg.
Ballingall (sir G.), d'Édimbourg.
Brodie (sir Benj.), de Londres.
Crampton (sir Philip), de Dublin.
Guthrie, de Londres.
Mayor père, de Genève.
Ribes, de Turin.
Textor père, de Wurzbourg.
Travers (Benjamin), de Londres.
Vrolick, d'Amsterdam.

Correspondants étrangers.

Regnoli, de Pise.
Seutin, de Bruxelles.

Liste des présidents de la Société depuis sa fondation.

MM.		MM.	
1843-1844.	A. Bérard.	1853-1854.	Denonvilliers.
1844-1845.	Michon.	1854-1855.	Huguier.
1845-1846.	Monod.	1855-1856.	Gosselin.
1846-1847.	Lenoir.	1856-1857.	Chassaignac.
1847-1848.	Robert.	1857-1858.	Bouvier.
1848-1849.	Cullerier.	1858-1859.	Deguise fils.
1849-1850.	Deguise père.	1859-1860.	Marjolin.
1850-1851.	Danyau.	1861.	Laborie.
1851-1852.	Larrey.	1862.	Morel-Lavallée.
1852-1853.	Guersant.	1863.	Depaul.

Secrétaires généraux.

1853-1858. M. Marjolin.
1858-1862. M. Broca.

Composition du Bureau pour 1863.

	MM.
Président	Depaul.
Vice-président	Richet.
Secrétaire général (1863-1867)	Jarjavay.
Secrétaires annuels	Foucher. Trélat.
Bibliothécaire archiviste	Verneuil.
Trésorier	Houel.

Bibliothécaire archiviste honoraire	Giraldès.
Secrétaire général honoraire	Broca.

Membres correspondants nationaux qui ont droit aux publications de la Société.

MM. Alquié.
Arlaud.
Aubry.
D'Avat.
Azam.
Bardinet.
Bernard.
Bertherand.
Bouchacourt.
Bouisson.
Bourgeois.
Bourguet.
Camescasse.
Closmadeuc (de).
Colson.
Coste.
Debrou.
Denucé.
Diday.
Dieulafoy.
Drouineau.
Dubreuilh.
Duval.
Ehrmann.
Fleury (Alfred-Charles).
Gaillard.
Goyrand.
Houzelot.

MM. Letenneur.
Lizé.
Loir.
Mascarel.
Michel.
Mirault.
Morel.
Notta.
Ollier.
Parise.
Perrin.
Philipeaux.
Philippe.
Pirondi.
Plouviez.
Prestat.
Putégnat.
Reybard.
Rigal.
Rochard.
Roux (Jules).
Salmon.
Soulé.
Stœber.
Thore.
Valette.
Valet.

Membres correspondants qui, ayant opté pour l'ancien règlement, n'ont pas droit aux publications de la Société.

MM. Benoît.
Decès.
Desgranges.
Fleury, de Clermont.
Maunoury.
Payan.
MM. Raimbert.
Roux (Jean-Noël).
Sédillot.
Serre.
Silbert.

Membres correspondants nationaux qui n'ont pu être appelés jusqu'ici à opter entre l'ancien et le nouveau règlement.

MM. Clot-Bey (empêché par sa maladie).
Tholozan (armée), en voyage à l'étranger.



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

Séance du 22 janvier 1862.

Présidence de M. Laborie.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. LE PRÉSIDENT monte à la tribune et prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Appelé par votre bienveillance à présider vos séances pendant l'année qui vient de s'écouler, il me reste un devoir à remplir, et j'ai encore besoin de toute votre indulgence. C'est surtout en jetant un regard sur les importants travaux accomplis en 1861 que je sens combien il me sera difficile, en me renfermant dans les limites nécessairement restreintes d'un discours de fin d'année, de pouvoir suffisamment indiquer les principaux matériaux que vous avez ajoutés à vos *Archives* déjà si riches ; aussi, pressé par le temps, et craignant d'abuser de vos instants, dont la meilleure part doit être réservée à notre savant secrétaire général, j'aborde immédiatement mon sujet.

Les travaux de la Société ont une origine très-variée ; les uns, émanant des membres titulaires, se présentent à la discussion sous forme de communications ou de lectures, suivies de discussions, ou bien ils ont pour point de départ des présentations de malades ou de pièces d'anatomie pathologique ; les autres nous viennent de chirurgiens étrangers à la Société ou de membres correspondants nationaux et étrangers, et, comme les autres communications, ils peuvent faire naître des discussions, quand il s'agit de correspondants, ou devenir le sujet de rapports, lorsqu'il s'agit de chirurgiens étrangers.

Nous ne trouvons pas moins de vingt-quatre communications faites par des membres de la Société ; plus de cinquante-cinq malades ont été soumis à votre observation, et vous avez pu examiner plus de cinquante pièces d'anatomie pathologique ; une quinzaine de rapports enfin vous ont été lus.

Voilà pour ce qui concerne les membres titulaires. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les travaux communiqués par des membres correspondants ou par des chirurgiens qui désirent faire partie de la Société, nous trouvons à enregistrer plus de cinquante mémoires manuscrits, dont bon nombre donneront lieu à des rapports, et dont les autres, c'est-à-dire ceux qui émanent de membres correspondants, ont fait naître le plus souvent d'intéressantes discussions.

Si je devais puiser dans cette masse si considérable de travaux pour vous en donner une analyse même très-incomplète, vous comprenez tout ce qu'il me faudrait prendre de votre temps. Aussi, comme je l'ai déjà dit, ne m'arrêterai-je, à mon grand regret, que sur quelques-unes des principales questions que les études de la Société ont particulièrement éclairées.

Sans adopter un ordre rigoureux, nous nous efforcerons de grouper autant que possible les lésions analogues dans des cadres spéciaux. Nous commencerons par signaler les faits qui se rattachent aux lésions du squelette et des articulations.

Parmi les faits de fracture qui nous ont été communiqués, nous signalerons une fracture du sternum avec pénétration du fragment supérieur dans le fragment inférieur. Le fragment supérieur en V, en s'enfonçant dans l'inférieur, a déterminé un décollement des deux lames du diploé. Ce fait, qui apporte un exemple nouveau de fracture avec pénétration, nous a été fourni par M. Chassaignac.

M. Bonifas (d'Anduze) avait adressé à la Société une observation de fracture incomplète des deux os de l'avant-bras chez une femme de soixante ans. Cette observation, soumise à l'examen d'une commission, a été analysée par M. Boinet, rapporteur, qui a conclu en exprimant des doutes sur la réalité de l'affection signalée ; MM. Chassaignac et Huguier ont partagé cette opinion. Sans avoir la pensée d'en appeler de ce jugement, je dirai cependant que les symptômes décrits par M. Bonifas ont pu l'autoriser à penser qu'il pouvait bien exister une fracture incomplète, surtout quand on voit M. Malgaigne s'étonner de la facilité qu'il éprouvait à produire de ces fractures, même chez des vieillards. Aussi, d'après ses expériences propres, l'éminent professeur est-il disposé à admettre l'assertion de Jurine sur la fréquence de cette lésion.

Nous avons dû à M. Depaul un exemple de dépression considérable

du coronal gauche sur un enfant nouveau-né. Cette dépression s'accompagnait de fêlure de la table interne de l'os.

M. Fontan, interne à Bicêtre, nous a montré sur un vieillard une prodigieuse collection de fractures; pas une seule pièce du squelette n'avait été épargnée.

M. Prestat nous a communiqué une remarquable observation de fracture du maxillaire, dont le traitement par la gutta-percha, suivant le procédé de notre collègue M. Morel-Lavallée, a été suivi du plus heureux résultat, malgré la gravité de la lésion.

De nombreux exemples de lésions articulaires ont été produits, et l'attention de la Société s'est tout particulièrement fixée sur les ankyloses ou fausses ankyloses. On a pu citer une série de faits remarquables de guérison, ou tout au moins de modifications avantageuses obtenues par la rupture forcée, et des malades ont pu être suivis avant et après le traitement.

Ainsi, M. Foucher nous a présenté un jeune homme affecté d'ankylose des deux coudes. Un autre malade de M. Bauchet, présenté avant et après l'opération, a été complétement guéri d'une ankylose rectiligne du coude. Deux observations semblables, avec présentation des malades, ont été faites par M. Marjolin et par moi. Dans ces deux cas, une ankylose coudée a été substituée avantageusement à l'ankylose rectiligne. Pas un de ces malades n'a éprouvé d'accidents sérieux, et, lorsqu'à plusieurs reprises la discussion s'est engagée sur ce sujet, beaucoup de nos collègues ont pu nous citer des faits nombreux empruntés à leur pratique. Cette discussion, à laquelle ont pris part MM. Chassaignac, Verneuil, Voillemier, Broca, etc., a démontré toute la valeur de cette opération, si remarquablement traitée par notre regrettable collègue Bonnet (de Lyon), et l'on peut établir qu'elle est devenue tout à fait usuelle, après le moment d'arrêt qui a suivi les violentes tentatives de M. Louvrier.

Nous n'abandonnerons pas les affections articulaires sans rappeler l'excellent mémoire de M. Dolbeau *sur une variété d'arthrite sèche.* Notre collègue M. Houël a fait sur ce travail un savant rapport qui se retrouve dans nos *Bulletins*, et il a saisi cette occasion pour nous communiquer le résultat de ses recherches sur les différences qui séparent l'arthrite sèche de la tumeur blanche.

En signalant la manière dont la lésion osseuse dans l'arthrite sèche se limite, quelle que soit la période d'évolution, à l'épiphyse, ne dépassant pas les insertions ligamenteuses de la jointure, il a indiqué la différence fondamentale qui la sépare de la tumeur blanche, dans laquelle au contraire la maladie s'étend plus ou moins sur les os voisins qui présentent à un degré très-avancé les caractères de l'ostéite.

On comprend la différence que cette manière d'être des deux maladies doit apporter dans le pronostic. M. le rapporteur a terminé en donnant de justes éloges au travail de M. Dolbeau, qui sans doute devra prendre place parmi nous.

M. Goyrand (d'Aix) est venu nous lire un mémoire *sur la luxation du fibro-cartilage intra-articulaire du poignet, en avant de la surface articulaire carpienne du cubitus.* Notre savant collègue s'efforce d'expliquer par une nouvelle lésion anatomique la douleur violente qui survient au poignet chez les enfants qu'on a brusquement saisis ou enlevés par la main. Cet accident si commun, si extraordinairement douloureux, avait déjà fixé l'attention de M. Goyrand, qui alors le rapportait à une luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant. Pour lui, actuellement le siége réel do la lésion serait dans l'articulation du poignet. Son ingénieuse explication, encore dépourvue de preuves, a été analysée avec une rigoureuse attention.

Notre savant collègue pense bien avoir établi de la manière la plus incontestable la nature du déplacement, qui ne saurait être, dit-il, une luxation complète ou incomplète des os l'un sur l'autre; mais son esprit trop positif n'a pas manqué de prévoir les objections que l'on était en droit d'adresser à une théorie qui ne s'appuie sur aucun fait d'anatomie pathologique.

La discussion a montré de la part de tous nos collègues une grande hésitation pour accepter les idées de M. Goyrand; et si l'on doit juger de l'importance d'un sujet par la valeur des combattants, nous devons reconnaître toute celle du travail qui nous était soumis.

Nous avons, en effet, entendu successivement MM. Velpeau, Verneuil, Marjolin, Giraldès, Chassaignac et Guersant, qui tous ont paru repousser l'interprétation donnée par le chirurgien d'Aix, et l'objection de M. Giraldès, toute basée sur l'anatomie, a paru particulièrement touchante. Quoi qu'il en soit, reconnaissons l'intérêt du travail de notre éminent collègue, et reconnaissons surtout que la question qu'il a soulevée méritait les études auxquelles il s'est livré; car si sa théorie a été repoussée, ou tout au moins mise en doute, il faut avouer qu'aucune autre n'a paru pouvoir lui être avantageusement substituée; nous comptons trop sur le laborieux esprit de M. Goyrand, pour ne pas être certain que de nouvelles recherches le mettront à même de confirmer ou d'infirmer les résultats de son premier travail.

Nous ne terminerons pas cette rapide analyse des lésions du squelette sans rappeler la très-intéressante communication de M. Fuzier sur la déformation artificielle du pied chez les femmes chinoises.

Nous avons pu observer, en effet, sur des pièces les prodigieuses

altérations qui résultent de cette manœuvre barbare qui, sous prétexte de beauté, produit une affreuse mutilation.

M. Fuzier, en décrivant les procédés suivis pour atrophier et déformer le pied, a montré leur mode d'action, et il a indiqué les conséquences funestes exercées par cette mode insensée sur la constitution et la santé des femmes chinoises. Suivant notre savant collègue M. Bouvier, la déformation artificiellement produite se rapproche presque absolument de la variété du talus pied creux, qu'il a décrit il y a plus de vingt-cinq ans, et sa démonstration comparative entre les pièces de M. Fuzier et la pièce unique qu'il a déposée au musée Dupuytren n'a pu laisser aucun doute dans nos esprits.

MM. Bouvier, Fuzier et Duchesne ont donné une description rigoureusement exacte d'un des pieds présentés par M. Fuzier, et le résultat de leur dissection a été consigné dans nos *Bulletins*.

Je pourrais encore citer d'intéressantes communications faites sur des maladies organiques des os, comme tumeurs, ostéomyélites, etc. Mais le temps nous presse, et nous nous contenterons en terminant de rappeler les recherches de MM. Larrey et Chassaignac sur les corps étrangers articulaires.

Nous abordons maintenant un sujet qui a souvent occupé la Société, nous voulons parler des lésions du système artériel, et spécialement des anévrysmes.

Parmi les observations de plaies des artères, nous trouvons un remarquable exemple de perforation de l'artère vertébrale, communiqué par MM. Legouest et Perrin. L'hémorrhagie a été mortelle. La lésion du vaisseau a été produite par une inflammation, et en partie par les os altérés. Il s'agissait d'un abcès symptomatique d'une maladie de la colonne vertébrale cervicale. Les cas de lésion de la vertébrale sont assez rares. M. Chassaignac en a rapporté trois cas empruntés à Hippolito-Nunciate et à Frueys.

Nous devons encore à M. Legouest un fait de perforation de la carotide interne. L'observation a été rédigée par M. Baizeau, qui avait diagnostiqué la nature de la lésion sur un malade présentant une hémorrhagie par l'oreille. La ligature de la carotide primitive ne fit que suspendre momentanément l'hémorrhagie. La perforation de l'artère était manifestement produite par un séquestre irrégulier formé aux dépens de la portion osseuse située derrière le promontoire, et qui sépare le conduit artériel de celui de la trompe d'Eustache. Ce deuxième fait constitue avec le précédent deux rares exemples de perforations artérielles, consécutives à des caries ou à des nécroses.

M. Chassaignac, qui a eu l'occasion de voir un fait analogue, en déduit une indication pratique importante. Il faut, dit-il, quand il

existe un écoulement purulent par l'oreille et qu'on a toute raison de croire à une altération profonde de la caisse du tympan, s'abstenir de tout cathétérisme de la trompe, de peur de déterminer un écoulement semblable du côté du pharynx.

Citons encore un cas de plaie de la poplitée produite par le dard d'une pastenaque. Dans cette intéressante observation, communiquée par M. Follin au nom de M. Closmadeuc, on voit se produire un anévrysme qui, après avoir résisté à la compression digitale, fut guéri par la ligature suivant le procédé de Hunter.

Un autre fait d'anévrysme de la poplitée, communiqué par M. Verneuil, dans lequel aussi la compression a échoué, s'est heureusement terminé par la ligature de la fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur. A la suite de cette observation rédigée avec le plus grand soin, une discussion s'est engagée sur le retour des battements après la guérison des anévrysmes.

M. Morel-Lavallée, au nom de M. Closmadeuc, nous a encore communiqué une intéressante observation d'anévrysme poplité spontané terminé par gangrène du membre et rupture du sac. Nous conservons dans nos archives une reproduction très-bien faite de la lésion décrite avec soin par M. Closmadeuc.

Plusieurs cas d'anévrysmes artérioso-veineux ont été soumis à notre examen. L'un d'eux, remarquable par la cause qui l'avait produit, nous a été présenté par M. Legouest. Il s'agit d'un blessé de Crimée, qui portait dans l'aisselle un anévrysme de ce genre consécutif à un coup de feu.

Un autre fait d'anévrysme artérioso-veineux du pli du bras, consécutif à une saignée, traité d'abord par la compression, puis par la ligature de l'humérale et l'ouverture du sac, et terminé par la mort, nous a été communiqué par M. Richet. Si je cite cette observation, c'est d'abord parce qu'elle nous a été donnée aussi complète que possible; la pièce, disséquée avec le plus grand soin, a été intercalée dans vos *Bulletins ;* et ensuite je crois devoir la signaler à cause des judicieuses réflexions dont l'a fait suivre notre savant collègue, et de la discussion qu'a fait naître cette présentation.

M. Broca a fait sur le traitement de ces anévrysmes une communication substantielle, pleine de faits que nous sommes heureux de rappeler et de recommander aux lecteurs de nos *Bulletins.*

A propos d'un travail d'un médecin distingué, professeur à l'École secondaire de médecine d'Alger, M. le docteur Ehrman, nous avons entendu un excellent rapport de M. Giraldès. Il s'agissait des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent. M. Giraldès a pu, grâce à ses connaissances bibliogra-

phiques, donner en quelques pages un historique complet de la question.

Nous ne terminerons pas ce qui est relatif au système artériel sans ajouter quelques mots sur les recherches de notre collègue M. Broca, dont le nom revient sans cesse quand il s'agit des maladies des artères.

A propos d'un malade affecté de gangrène du pied consécutive à une oblitération de l'aorte abdominale par embolie, et en s'appuyant sur un deuxième fait communiqué dans une autre séance, notre savant secrétaire général a pu, à l'aide des modifications de température sur le membre malade, donner le moyen de diagnostiquer le siége précis de l'oblitération artérielle. C'est précisément au niveau du lieu qui marque le degré le plus élevé de température que se trouve l'obstacle, ce qui s'explique, suivant notre collègue, par la suractivité, ou, pour mieux dire, par l'exagération en ce point de la circulation capillaire, qui doit nécessairement augmenter la chaleur de la peau.

Les maladies de l'appareil digestif ont donné lieu à de nombreuses communications et à des discussions prolongées.

Un fait de M. Bauchet a surtout fixé l'attention de la Société. Il soulevait, en effet, plusieurs graves questions, relatives au traitement des hernies étranglées.

Il s'agissait d'une hernie crurale étranglée. L'opération fut faite le cinquième jour des accidents; M. Bauchet, ayant reconnu qu'il existait sur une anse intestinale un pertuis très-fin, jugea convenable, vu le bon état du reste de l'intestin, de réduire.

Un érysipèle survint, et au neuvième jour on trouva sur les pièces du pansement des matières intestinales. Au vingtième jour, la malade succombait.

A l'autopsie, on reconnaissait que la partie de l'intestin malade avait subi par gangrène une perte de substance considérable, et qu'il s'était établi, grâce à des adhérences, un anus contre nature.

Comme je l'ai dit, ce fait soulevait de nombreuses questions pratiques, et un grand nombre de nos collègues ont pris part à une discussion approfondie, qui ne s'est pas prolongée moins de sept séances. MM. Velpeau, Chassaignac, Verneuil, Gosselin, Richet, Boinet, Huguier, Demarquay et Jarjavay, y ont pris part. Le résultat principal a été que pour tous les chirurgiens la réduction d'une anse intestinale, saine du reste, mais présentant une perforation même petite, constituait une pratique dangereuse, malgré un certain nombre de succès. Et nous avons entendu notre honoré et savant maître M. Velpeau, après avoir pu rappeler cinq cas de succès obtenus par lui,

dire : « Je ne veux pas recommander cette pratique comme oxem-
» plaire ; elle peut être dangereuse dans beaucoup de circon-
» stances. »

Plusieurs autres points non moins intéressants ont été discutés, tels que la nécessité de tirer l'intestin au dehors pour s'assurer de son intégrité au niveau de l'étranglement, la conduite à tenir lorsqu'il y a perforation ; faut-il fixer la partie altérée de l'intestin contre l'ouverture herniaire ou l'abandonner librement dans le ventre après avoir fait une suture? etc., etc. Sans insister davantage sur ce sujet, disons seulement que l'ensemble de cette discussion, résumé succinctement, formerait une excellente monographie sur la matière.

M. Richet nous a communiqué un fait très-intéressant de hernie étranglée opérée par lui. Il reconnut une gangrène de l'intestin, et de plus le sphacèle du testicule déterminé par la compression que la tumeur avait exercée sur le cordon.

Le malade, qui a perdu 20 centimètres d'intestin, a néanmoins guéri. Cette constriction du cordon, assez violente pour déterminer la mortification du testicule, est assez rare pour mériter d'être rappelée, et dans les réflexions dont il a fait suivre son observation, M. Richet a signalé ce fait comme démontrant que dans les hernies inguinales l'étranglement peut être produit par les anneaux fibreux.

Une hernie de l'estomac, présentée par M. Morel-Lavallée, a donné l'occasion à notre collègue de signaler deux signes physiques d'une importance diagnostique réelle :

1° L'éclatement de bulles dans la hernie après l'ingestion d'un liquide gazeux ;

2° Le changement instantané de l'ordre de superposition de la sonorité et de la matité dans les changements d'attitude.

M. Goyrand (d'Aix) a adressé un travail intéressant sur la hernie ombilicale étranglée, et à la suite de cette communication, la Société s'est occupée de ce point, encore si controversé, de chirurgie pratique. MM. Richet, Verneuil et Huguier ont pris part à cette discussion, dont le retentissement a été assez grand pour nous amener une série de faits intéressants empruntés à la pratique de bon nombre de chirurgiens.

Un cas de fistule anale compliquée, communiqué par M. Verneuil, a donné lieu à une étude intéressante sur l'écrasement linéaire.

Citons encore en terminant deux observations de corps étrangers : dans la première, communiquée par M. Follin, il s'agissait de l'introduction dans l'anus d'un énorme étui de fer-blanc contenant tout un arsenal de voleur. Il ne pesait pas moins de 650 grammes, long de 16 centimètres, sur une circonférence de 14 centimètres. Il avait,

malgré son poids et son volume, pu remonter dans l'intestin et se loger dans le côlon transverse, où il a été retrouvé lors de l'autopsie.

Dans la seconde, il s'agit d'un énorme morceau de viande engagé dans l'œsophage d'un aliéné. M. Broca, à qui nous devons ce fait, n'a pu opérer le malade, qui a succombé.

Rappelons encore, pour en finir avec les maladies du tube digestif, un cas d'invagination progressive du jéjunum avec polype et perforation de l'intestin. Cette observation nous a été communiquée par M. Dauvé.

Deux observations de goître nous ont été communiquées: l'une est relative à un enfant né avant terme (environ cinq mois et demi), et qui a néanmoins respiré pendant une heure. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Nous devons ce fait à MM. Danyau et Béraud. L'étude anatomique a été faite avec un soin excessif.

L'autre observation, qui appartient à M. Gosselin, nous offre un remarquable exemple de goître suffocant cancéreux, à forme galopante, ayant déterminé l'asphyxie. Dans ce cas se présentaient les circonstances les plus graves et les plus difficiles de la pratique chirurgicale. Malgré la grande habileté de notre savant collègue, la trachéotomie, comme ressource ultime, fut en vain tentée. A l'autopsie, on reconnut que la trachée, aplatie, déformée, avait été déviée de sa situation normale de plus de 2 centimètres.

Plusieurs communications nous ont été faites sur la palatoplastie : la première est due à M. Gosselin. La perte de substance sur la voûte palatine était d'environ 1 centimètre. L'opération de réparation, suivant le procédé en double pont de M. Baizeau, fut faite avec succès. On eut recours aux sutures métalliques, et à ce propos, répondant aux objections faites sur les inconvénients des fils métalliques, M. Gosselin a formulé l'opinion suivante, que nous croyons devoir reproduire : « Pour réunir les plaies à bords muqueux des cavités » naturelles, la suture métallique, à cause de la sécurité avec laquelle » on serre les fils et à cause de leur action lente sur les tissus, est » plus avantageuse que la suture avec les fils de soie ou de lin : » mais, pour les plaies cutanées, la supériorité du nouveau moyen » de réunion sur les anciens ne semble pas encore démontrée par » l'observation. »

Le second fait a été communiqué par M. Legouest, au nom de M. Baizeau. La perforation, longue de 16 centimètres, large de 10 millimètres, fut réunie également à l'aide de la suture métallique, suivant le procédé de l'auteur.

Déjà M. Baizeau avait fait deux autres opérations également avec succès, ce qui, avec celle de M. Gosselin, nous donne quatre cas

heureux, M. Larrey avait fait sur la première opération de M. Baizeau un excellent rapport à la Société médicale d'émulation.

A propos de cette communication, M. Legouest est entré dans des considérations anatomiques d'un grand intérêt, en donnant les moyens d'éviter l'hémorrhagie qui constitue un des accidents les plus graves et les plus communs de cette opération.

M. le professeur Sédillot, notre savant collègue, s'occupant aussi des perforations de la voûte palatine, a exposé devant la Société son procédé par dédoublement et migration du lambeau, applicable seulement, il est vrai, aux petites pertes de substance.

La Société, qui à plusieurs reprises s'est déjà tant occupée de la question du bec-de-lièvre, a été mise à même par M. Richet de voir un enfant offrant une division congénitale de la lèvre supérieure, avec saillie de l'os intermaxillaire, qui présentait en outre sur la lèvre inférieure une singulière conformation.

De chaque côté de la ligne médiane et séparés par le sillon médian se trouvaient deux orifices, s'ouvrant sur le bord libre de la lèvre, un peu plus près de la face interne que de la face externe. Un stylet introduit dans ces orifices pénétrait profondément jusqu'au voisinage de l'attache du repli muqueux qui unit la lèvre au maxillaire. De ces espèces de canaux sortait par pression un liquide muqueux. Cette anomalie avait été déjà vue trois fois par notre collègue. Si les auteurs n'ont pas décrit cette singulière conformation, nous devons dire qu'elle avait été déjà signalée.

M. Lefort, à propos de cette communication, a adressé une lettre pour rappeler que dans une publication faite à Londres en 1860, par M. Murray (de Brighton), il est rapporté que cette anomalie s'est rencontrée sur quatre membres d'une même famille. Sur les quatre faits de M. Richet, trois appartenaient également à une même famille, la grand'mère, la mère et la petite-fille.

Bien plus antérieurement, en 1847, M. Demarquay, dans un travail sur le bec-de-lièvre, inséré dans la *Gazette médicale*, avait décrit avec soin ce vice de conformation en notant également l'influence de l'hérédité.

M. Richet, malgré ses recherches tant sur la pièce anatomo-pathologique qu'il possédait que sur des pièces conservées, n'a pu rapporter cette rare anomalie à un état embryonnaire connu.

M. Depaul, en disséquant avec soin ces conduits, a reconnu la présence de glandules s'y déversant.

Nous n'abandonnerons pas les vices de conformation sans citer plusieurs monstruosités soumises à l'examen de la Société. Tels sont entre autres : un hydrocéphale présenté par M. Lorrain, affecté en

même temps de division des lèvres et de la voûte palatine et offrant de plus une adhérence de la langue avec les piliers du voile du palais, de sorte qu'il n'y avait pas, à proprement parler, d'isthme du gosier.

Un fœtus présenté par MM. Danyau et Béraud, offrant au niveau de la fontanelle antérieure plusieurs petites tumeurs dont l'ensemble avait le volume d'un petit œuf, avec pédicule pénétrant dans le crâne. Du sommet de cette tumeur partait une sorte de cordon qui, après un trajet plus long que le corps du fœtus, venait s'enrouler autour de la jambe gauche en y déterminant une section de la peau jusqu'à l'aponévrose. Cette singulière monstruosité, très-soigneusement décrite par M. Béraud, a été reproduite dans nos Bulletins.

Citons encore plusieurs cas de spina-bifida; un cas d'exstrophie de la vessie avec hernie de l'intestin, etc., etc.

Les maladies des organes génitaux urinaires nous ont offert des faits nombreux.

Plusieurs communications relatives à l'affection calculeuse ont été faites. Nous mentionnerons un intéressant rapport de M. Guersant sur un travail de M. Tholozan, premier médecin du shah de Perse. Ce travail est intitulé : *Des calculs vésicaux en Perse; quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès par l'auteur*.

Sur ces quatorze malades, M. Tholozan a eu recours à la taille latéralisée. Une seule fois le rectum a été intéressé sans qu'il en soit résulté d'accidents.

A propos de la fréquence de la pierre en Perse, M. Larrey rappelle que la même observation a été faite pour l'Egypte par M. Clot-Bey.

M. Giraldès a signalé, à l'occasion du travail de M. Tholozan, les résultats obtenus également en Perse par M. Pollak. Ainsi, depuis le mois de mai 1852 jusqu'au mois de juin 1860, ce chirurgien a pratiqué 158 fois la lithotritie. Sur 151 cas rapportés, il y a eu 144 guérisons et 7 morts.

M. Béraud a communiqué une observation de calcul de l'urèthre qu'il dut extraire par le débridement. Il avait déterminé une rupture du canal avec épanchement urinaire. Son volume était celui d'une datte avec sa pulpe, et il était logé vers le milieu de la région spongieuse du canal. Malgré la gravité des accidents, le malade guérit.

Le traitement des fistules vésico-vaginales devait particulièrement fixer l'attention de la Société. Je n'ai pas à faire l'historique de la marche suivie dans les divers essais tentés en vue d'obtenir la guérison de cette déplorable infirmité, qui a si longtemps exercé la sagacité des chirurgiens. Il a été trop complétement fait, tout spécialement, par deux de nos collègues, MM. Follin et Verneuil.

Après avoir rendu hommage à la persévérante poursuite de plu-

sieurs chirurgiens français, et particulièrement de M. Jobert (de Lamballe), qui après ses essais d'élytroplastie a eu recours à une autre méthode, l'autoplastie par glissement, qui compte de très-beaux succès, on en arrive à cet ensemble de procédés qui constitue la *méthode américaine*.

M. Verneuil, dans une communication faite en juillet, a cité quatre opérations pratiquées par lui suivant cette méthode, dont les caractères principaux résident spécialement dans le mode d'avivement des bords de la fistule, avivement qui ne se fait qu'aux dépens de la muqueuse vaginale, et dans l'emploi des fils métalliques, qui ne doivent pas pénétrer dans la cavité vésicale.

Sur les quatre cas de M. Verneuil, il y a eu deux guérisons complètes obtenues dès la première opération. Dans un troisième cas, la malade, guérie de sa fistule, a succombé aux suites d'un érysipèle, et enfin, dans les quatre observations, la guérison, incomplète après la première opération, fut obtenue radicale après une deuxième tentative. Cette guérison avait été constatée le 4 novembre 1860, et la malade partait pour son pays. Mais l'année suivante, en juin, un nouveau pertuis s'était produit. Il y avait alors une grossesse datant de six mois et demi environ. Etait-ce à l'état de gestation, comme l'a fait remarquer M. Verneuil sans rien affirmer, que devait être attribuée la dissolution du tissu cicatriciel ?

Cette communication fut suivie d'une discussion à laquelle plusieurs de nos collègues prirent part.

M. Follin a rappelé à cette occasion deux opérations pratiquées par lui avec succès, et chez une de ses malades, guérie, une grossesse n'amena aucune modification dans le bon état des parties.

M. Foucher a également cité deux cas de succès qui lui sont propres : la première malade, opérée à l'hôpital Necker, ne fut complétement guérie qu'après une deuxième opération ; la seconde fut opérée à l'hôpital Beaujon et guérie d'emblée.

En résumé, sur ces huit cas rapportés devant la Société, on peut dire qu'il y a eu huit guérisons, car la malade qui a succombé a été victime d'un érysipèle ; la fistule n'existait plus.

Sur les sept autres femmes opérées, cinq ont été guéries dès la première tentative. Deux ont dû être opérées deux fois ; mais sur l'une de ces dernières il y a eu récidive sept ou huit mois après la guérison.

On peut apprécier d'après ces faits la valeur de cette méthode, dite américaine, quoique un peu cosmopolite.

Rappelons du reste que sur 60 faits empruntés à MM. Bozeman, Baker-Brown et Simpson, il y aurait eu 52 guérisons, dont 39 après

une première opération, 10 après deux opérations, et enfin 3 après plusieurs opérations. (Follin.)

Signalons, sans nous y arrêter, une intéressante discussion soulevée par M. Depaul sur la nature du pédicule des corps fibreux, et sur ce genre de tumeurs que notre collègue M. Huguier a désignées sous le nom de polypes fibro-utérins.

Une communication de M. Verneuil, relative à une tumeur maligne de la cloison recto-vaginale enlevée à l'aide de l'écraseur linéaire, a encore donné l'occasion de revenir sur cet excellent procédé opératoire.

Nous terminerons enfin ce qui est relatif aux affections chirurgicales des organes génitaux de la femme, en rappelant les intéressantes communications faites par M. Houël, au nom de M. Nélaton, sur l'ovariotomie. Nous avons pu voir deux énormes kystes de l'ovaire enlevés à Londres, sous les yeux de M. Nélaton, par M. Baker-Brown. Les succès obtenus à Londres dans cette opération, si sévèrement jugée en France, devaient éveiller l'attention de la Société. Les chiffres déjà relevés, et particulièrement ceux rappelés par M. Giraldès, permettent de ne pas trop s'aveugler sur la somme des succès obtenus. Et, comme l'a fait observer M. Verneuil, en présence des statistiques si riches de succès qui nous viennent des Anglais, des Américains, des Allemands, il serait temps de porter un jugement rigoureux sur des résultats si remarquablement heureux. En France, comme l'a fait encore remarquer notre collègue, nous sommes sévères sur le diagnostic, et nous n'opérons que quand l'opération est bien indiquée. La justesse de ces observations est trop frappante pour que nous n'hésitions pas à penser que la Société s'occupera un jour de cet intéressant sujet. Quoi qu'il en soit, nous n'en signalons pas moins les deux cas de succès présentés par M. Nélaton, et surtout nous insistons sur l'une de ces deux guérisons, obtenue malgré une plaie de l'utérus qui fut réunie par des sutures métalliques, abandonnées ensuite librement dans la cavité abdominale.

M. Verneuil nous a lu un intéressant rapport *sur un cas d'absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions ; double opération ; guérison.* L'observation avait été communiquée par M. Patry. Ce chirurgien, placé dans une position des plus difficiles, en présence des accidents qui survenaient chez une jeune fille de dix-sept ans par le fait de la rétention des menstrues, se décida à ouvrir une voie au sang en cherchant à produire un vagin artificiel, en agissant le moins possible avec l'instrument tranchant. Ce fut à l'aide du doigt poussé violemment dans l'*infundibulum,* seul vestige du vagin, que l'opérateur arriva en plusieurs jours de ma-

nœuvres jusqu'à la tumeur fluctuante formée par le sang, et alors seulement il se servit d'un trocart, et put extraire environ deux litres d'un liquide noirâtre, peu consistant d'abord. Après une longue série de péripéties et d'accidents, la guérison fut définitivement obtenue, et la menstruation s'établit régulièrement, si bien que la malade est mariée depuis huit ans, sans toutefois être devenue enceinte.

M. Verneuil termine son rapport par un examen critique approfondi des procédés opératoires qui doivent être modifiés suivant la nature de la malconformation. Le rapporteur est disposé à préférer l'opération sanglante, quitte à la combiner avec l'opération mécanique. MM. Huguier, Guérin, Robert et Chassaignac partagent l'opinion de M. Verneuil.

La Société a eu l'occasion de voir un assez grand nombre d'enchondromes du testicule, et de plus elle a entendu un mémoire sur ce sujet adressé par M. Dauvé. Une commission, par l'organe de M. Béraud, rapporteur, après avoir analysé ce mémoire, a conclu à son insertion dans nos *Mémoires*. Le rapport de M. Béraud est imprimé dans nos *Bulletins*.

L'anatomie pathologique des tumeurs a souvent occupé la Société. Contentons-nous de citer :

1° Une tumeur du sein présentée par M. Richard, offrant un type remarquable de sarcome kystique.

2° Une tumeur de l'œil avec production de poils, par M. Follin. A peine cinq faits de ce genre sont-ils rapportés par MM. Pamard, Ruete, Florent Cunier, Von Græfe et Langenbeck ; et notre savant collègue est le seul qui ait pu faire un examen cadavérique de la lésion.

Ce fait soulevait une question curieuse, celle de la possibilité de production anormale d'un bulbe pileux et même d'une portion de peau. M. Broca, qui avait d'abord repoussé cette théorie, l'admet actuellement. M. Verneuil pense qu'il y aurait lieu, avant de se prononcer, d'en appeler à des recherches d'embryologie, et il est disposé à admettre, pour expliquer le fait de M. Follin, une inclusion d'une partie de peau dans l'appareil oculaire.

3° Une tumeur de l'angle externe de l'œil, qui serait, suivant M. Broca, un kyste lacrymal analogue, comme pathogénie, à la grenouillette.

4° Une remarquable tumeur composée de la région fessière, contenant du tissu osseux, du tissu fibreux et de la graisse, présentée par M. Giraldès.

5° Un cancroïde glandulaire développé aux dépens de la couche glanduleuse sous-muqueuse des grandes lèvres, présenté par M. Follin.

Cette pièce complète la série des cancroïdes cutanés si bien étudiée par M. Broca.

6° Citons encore une remarquable observation d'infiltration graisseuse des culs-de-sac parotidiens, variété nouvelle à joindre aux nombreuses variétés de tumeurs décrites dans la région parotidienne. Nous devons cette pièce à M. Richet.

Nous avons encore à mentionner un des très-bons rapports lus à la Société par un de nos excellents collègues. Je veux parler de la véritable monographie faite par M. Cullerier sur l'*ulcère de Mozambique*, à propos d'un travail adressé par M. le docteur Azéma. Nous avons entendu avec un vif intérêt l'histoire peu connue de cette affection terrible dans son action destructive que n'arrêtent ni les tendons ni même les os. Nous ne saurions trop recommander la lecture du travail de M. Azéma et du rapport de M. Cullerier.

Je n'ai pas à ajouter que plusieurs grandes questions de médecine opératoire ont été discutées par la Société ; nous rappellerons seulement celles qui ont eu lieu sur certaines résections et sur la désarticulation de la cuisse. Cette dernière a eu pour origine une communication faite par M. Larrey au nom d'un chirurgien militaire distingué, M. Secourgeon.

Il me reste encore à signaler les nombreux travaux imprimés qui nous sont offerts par des chirurgiens nationaux et étrangers qui entretiennent avec la Société de chirurgie des rapports officiels ou officieux. Nos archives et notre bibliothèque s'enrichissent ainsi chaque jour de matériaux nombreux qui forment déjà une précieuse collection.

En outre des travaux modernes, notre bibliothèque s'accroît également, grâce à la générosité de plusieurs des membres de la Société, parmi lesquels je citerai M. Guersant, qui nous a fait don de 90 volumes, et M. Larrey, toujours si dévoué aux intérêts de la Société, qui nous a offert une abondante collection de livres, de thèses et de journaux.

Nous devons à l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg la collection de thèses soutenues à cette Faculté.

Un honorable chirurgien de Paris, ancien élève de Dupuytren, a bien voulu faire hommage à la Société de 32 volumes in-folio, manuscrits empruntés à la clinique du célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Un tel don honore une Société, et M. Marx a déjà reçu nos remercîments ; je le prie d'accepter l'expression publique de notre gratitude. Un autre médecin, également ancien élève de Dupuytren, a bien voulu me remettre un volume d'observations relevées également à la clinique de l'Hôtel-Dieu en 1819 par Tessier, interne de

première classe. Je suis heureux de déposer sur le bureau ce nouveau recueil, qui sera joint aux volumes donnés par M. Marx.

Ajoutons encore l'envoi des nombreux documents recueillis par Le Roy d'Etiolles pour sa statistique des affections cancéreuses. Nous devons cette collection à M. Le Roy d'Etiolles fils.

Nous avons toujours, à la fin d'une année, à signaler des pertes douloureuses. La Société a perdu, parmi ses membres correspondants nationaux, MM. Gélis (de Nantes) et Scrive ; parmi les associés étrangers, MM. Ammon (de Dresde) et Riberi (de Turin).

Si nous avons la consolation de n'avoir perdu aucun de nos collègues de Paris, nous ne pouvons cependant nous abstenir de rappeler, pour le déplorer, l'abandon de trois des membres titulaires, qui ont échangé leur titre pour celui de membres honoraires.

Ce sont MM. Michon, Deguise fils et Cazeaux. Cette dernière défection n'a pu être conjurée, et je crois être l'interprète des sentiments de la Société entière en proclamant toute notre sympathie pour cet honorable et savant collègue, si cruellement frappé au milieu de sa laborieuse carrière.

Trois nouveaux collègues qui se sont déjà conquis une position distinguée et honorable par leurs travaux et leurs brillants succès dans les concours, ont été élus membres titulaires; ce sont MM. Foucher, Trélat et Blot.

Nous avons enfin comblé quelques-uns des vides faits par la mort dans les rangs de nos correspondants. Le choix était difficile, car la liste des candidats était nombreuse, et l'on devait hésiter entre tant de chirurgiens distingués. Les commissions nommées pour examiner les titres des postulants ont regretté de n'avoir pas à disposer d'un plus grand nombre de places. Le résultat du vote a été le suivant :

Ont été nommés correspondants nationaux :

MM. Thore (de Sceaux), Bourgeois (d'Etampes), Silbert (d'Aix), Closmadeuc (de Vannes), Philippeaux (de Lyon), Raimbert (de Châteaudun), Azam (de Bordeaux), Tholozan (de Téhéran).

Ont été nommés correspondants étrangers :

MM. Esmarch (de Kiel), Mac Leod (de Glascow), Berend (de Berlin), Michaëlis (de Comorn), Rizzoli (de Bologne), Piachaud (de Genève).

Je termine enfin, Messieurs et chers collègues, et mes dernières paroles sont des paroles de gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en me confiant le soin de présider vos séances. En me choisissant, si vous n'avez pas choisi le plus capable et le plus digne d'accomplir une tâche aussi honorable, vous pouvez en être bien convaincus, vous avez accordé vos suffrages à un des membres les plus zélés

et les plus soucieux de bien faire. Je dois avouer, du reste, que vous m'avez rendu bien facile l'accomplissement de mes devoirs. Vos discussions, qui témoignent de votre amour dévoué pour les intérêts purs de la science, ont été toujours à la hauteur de la mission que vous vous êtes imposée. La lecture de nos Bulletins, si bien rédigés par notre laborieux secrétaire M. Bauchet, suffit à montrer ce que valent vos travaux, et les sociétés savantes les plus importantes n'ont pas hésité à accepter l'échange de leurs publications avec les nôtres. C'est à ce titre que nous recevons les Bulletins et les Mémoires de l'Académie impériale de médecine de Paris, de l'Académie royale de médecine de Bruxelles, de la Société royale médico-chirurgicale de Londres, etc., etc.

Soyons fiers de cette belle et honorable position légitimement conquise, et continuons à la mériter; que nos travaux à venir soient à la hauteur de notre passé, et nous aurons la satisfaction de voir nos Bulletins comme nos Mémoires se lier intimement à l'histoire chirurgicale de notre époque.

La Société de chirurgie de Paris, livrée avec ardeur au culte de la science, marche incessamment dans les voies du progrès, mais non pas en aveugle. Si sa tendance est progressive, elle reconnaît que pour être sûr le progrès doit être lent. Gardienne éclairée des saines doctrines chirurgicales, elle juge et analyse avec sévérité et impartialité les choses nouvelles; car elle sait que la science, si elle n'est pas surveillée, peut, suivant l'expression d'Hippocrate, pousser de folles végétations.

Merci, Messieurs et chers collègues, je ne saurais jamais oublier l'honneur que vous m'avez fait; je conserverai un souvenir ineffaçable de la bienveillance que vous m'avez constamment témoignée.

— M. BAUCHET, secrétaire annuel, lit les conclusions de la commission pour le **prix Duval de 1862.**

Ce prix, fondé par Jacques-René Duval, est de la valeur de 100 fr. Il doit être donné à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année précédente.

D'après la volonté du donataire, chacune des thèses ne doit traiter que d'un seul sujet, et elle doit être fondée sur des observations recueillies dans un seul hôpital, mais sans négliger les recherches bibliographiques que comporte le sujet.

Les docteurs en médecine ayant rempli les fonctions d'interne titulaire dans les hôpitaux civils français, ou des fonctions analogues dans les hôpitaux de l'armée de terre et de marine, sont seuls admis à prendre part au concours, qui reste ouvert du 1er janvier au 31 décembre de l'année courante.

Nous avons reçu un grand nombre de thèses fort remarquables, et le choix de la commission a été difficile.

Parmi les thèses envoyées à la Société pour le concours au prix Duval, il en est quelques-unes qui ne rentraient pas dans les conditions du programme et qui ont dû être écartées. Ces thèses avaient pour sujet soit un point d'anatomie pure, soit une question médicale, soit une question de chirurgie purement bibliographique.

La commission a proposé, et la Société a adopté les conclusions suivantes :

1° *Prix*, à M. le docteur Alfred Fournier, pour sa thèse ayant pour titre : **De la contagion syphilitique ;**

2° *Première mention honorable*, à M. le docteur Eugène Nélaton, prosecteur de la Faculté, etc., pour sa thèse intitulée : **Des tumeurs à myéloplaxes ;**

3° *Deuxième mention honorable*, à M. le docteur Péan, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, pour sa thèse ayant pour titre : **De la scapulalgie.**

— LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit ensuite l'éloge de Lallemand.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, L. BAUCHET.

Séance du 21 janvier 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— Après cette lecture, M. Laborie, président sortant, invite les membres du bureau nouvellement élus à prendre possession de leurs fonctions.

— M. MOREL-LAVALLÉE, nouveau président, prononce l'allocution suivante :

« Mes chers collègues, ma première parole, en montant à ce fauteuil, doit être une parole de reconnaissance; je vous l'adresse du fond du cœur.

» Je ne me dissimule point ce qui me manque pour répondre à l'insigne honneur que je tiens tout entier de votre bienveillance; mais si je compte peu sur moi, je compte beaucoup sur vous.

» J'aurai d'ailleurs pour m'élever à la hauteur de ma tâche un puissant aiguillon ; je ferai comme le soldat de Tacite, je songerai à mes devanciers et à mes successeurs. »

M. Morel-Lavallée propose ensuite des remercîments pour les membres du bureau dont les fonctions viennent de cesser.

La Société vote à l'unanimité la proposition du président.

Discussion à propos du procès-verbal.

M. DEBOUT. Dans la communication de M. Giraldès, il est un fait sur lequel je veux appeler l'attention.

M. Stahl propose d'employer le caoutchouc pour la confection des chaussures. Or l'on sait aujourd'hui, par une expérience bien certaine, que cette substance offre plus d'un inconvénient. Ainsi, elle n'est point perméable et empêche l'évaporation de la sueur et de la transpiration cutanée, et c'est pour ce motif que l'on a dû renoncer à l'emploi des bandes en caoutchouc, que l'on avait essayé d'introduire dans les appareils de pansement. En outre, cette substance se rétracte au bout d'un certain temps, et si au premier abord elle s'adapte parfaitement aux parties, elle finit par se modifier tellement, qu'elle ne peut plus être utile. Pour tous ces inconvénients, je pense qu'il faut réfléchir avant de trouver bon le procédé proposé par M. Stahl.

M. GIRALDÈS. Dans la présentation que j'ai faite au nom de M. Stahl, je n'ai pas voulu parler de chaussures en caoutchouc. J'insiste sur ce point, et je désire que l'on me comprenne bien.

M. Stahl avait remarqué que les personnes ayant des pieds bots ne pouvaient pas marcher à cause de l'imperfection de leurs chaussures, qui les blessaient.

Pour remédier à cette fâcheuse condition, M. Stahl a eu l'idée de mouler le pied difforme ; puis après avoir obtenu les surfaces, il a fait un moule en caoutchouc fondu. Ce moule est destiné à remplir les vides, à rétablir la forme de la partie qui doit servir de point d'appui, et c'est sur ce tout que le cordonnier doit prendre les mesures pour faire une chaussure.

M. Stahl a procédé de la même manière pour les moignons d'amputés. Ici il y a des inégalités qui rendent souvent l'application d'un appareil très-difficile et son usage douloureux. Avec le moulage on obtient une empreinte rigoureuse, de sorte que le moignon est doucement contenu.

Je reconnais que M. Debout a raison d'adresser des reproches au caoutchouc ; il a bien fait de parler de sa rétractilité et de son imperméabilité ; mais ici, dans le procédé de M. Stahl, c'est tout à fait différent. Il ne s'agit plus, en effet, de chaussures, mais d'un moule qui sera contenu dans la chaussure, au même titre que le pied ou le moignon. Il est évident dès lors que dans ces conditions les incon-

vénients du caoutchouc signalés par M. Debout n'auront pas une influence fâcheuse.

M. DEBOUT. J'avais cru comprendre le but de la communication de M. Giraldès. Qu'y trouvons-nous, en effet? Deux choses. La première, c'est le moulage d'une surface sur laquelle on se propose d'appliquer un appareil prothétique. Mais cela est parfaitement connu; on pratique le moulage dans ce but depuis bien longtemps. La seconde, c'est l'emploi du caoutchouc. Or cette substance offre des inconvénients, et le moule fait avec cette substance, quoique borné à une partie, provoquera la chaleur, l'épaississement du derme et la douleur. Les essais déjà tentés dans ce sens ont été suivis d'un insuccès complet.

M. GIRALDÈS. Je ne voudrais pas prolonger cette discussion, mais je veux ajouter seulement que le caoutchouc *fondu* n'a jamais été employé. Cette substance ainsi modifiée doit être un sujet nouveau d'expérience.

M. DEBOUT. Mon unique but, dans cette discussion, était de signaler aux praticiens les inconvénients du caoutchouc. Quant à l'emploi de cette substance sous une nouvelle forme, l'expérience subséquente seule prononcera. Du reste, je voulais m'éclairer et prendre des renseignements auprès de M. Giraldès.

CORRESPONDANCE.

MM. les docteurs Azam, Bourgeois, Silbert et Thore, récemment élus membres correspondants nationaux, et MM. Esmarch, Mac Leod, Piachaud et Rizzoli, récemment élus membres correspondants étrangers, remercient la Société de leur nomination.

— M. le docteur Gaillard (de Poitiers), candidat au titre de correspondant national, adresse un travail manuscrit *sur le traitement de la fistule lacrymale par la cautérisation*, et *sur un nouveau procédé de kélotomie ombilicale*. (Commissaires: MM. Béraud, Huguier, Boinet.)

— M. le docteur Champenois, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance du corps expéditionnaire de Cochinchine, adresse, par l'intermédiaire de M. Larrey, un manuscrit intitulé *Le Ghé Hâm* ou *l'ulcère de Saïgon* (avec dessins coloriés). L'auteur est candidat au titre de membre correspondant national. (Commissaires: MM. Cullerier, Bauchet, Larrey.)

— **M. DEBOUT** présente deux mémoires adressés à la Société. Le premier est dû à M. le docteur Idrac, médecin des épidémies à Toulouse; il a pour base un cas de rupture d'une sondo séjournant depuis

douze heures dans le canal de l'urèthre. L'instrument, de mauvaise qualité, s'était brisé au niveau de l'angle péno-scrotal.

Appelé auprès du malade et ayant constaté la présence de l'étendue du tronçon de sonde, M. Idrac eut l'ingénieuse idée de souder un pas de vis à l'extrémité d'un fragment de fil de fer. Il introduisit son instrument dans l'urèthre, et par un mouvement circulaire fit pénétrer le pas de vis dans le canal de la sonde et débarrassa immédiatement son malade. C'est un des mille exemples de corps étrangers réclamant de la sagacité du praticien la création immédiate d'un moyen qui permette son extraction.

Le travail de M. Idrac est un tribut académique que ce médecin offre comme titre de candidature à une place de correspondant. (Commissaires : MM. Huguier, Depaul, Boinet.)

La seconde communication est faite au nom de M. le docteur Bourguet (d'Aix) ; elle comprend deux mémoires :

L'un a trait à la question du traitement des anévrysmes ; il a pour base une observation d'anévrysme diffus contre lequel toutes les méthodes se sont montrées inefficaces. Notre confrère d'Aix a pensé, et avec raison, que la Société de chirurgie n'accueillerait pas le récit d'un revers avec moins d'empressement que celui d'un succès, car l'enseignement qui découle de ces faits n'est ni moins utile ni moins profitable à la pratique de l'art.

Le second mémoire a pour objet de signaler un procédé très-simple pour abaisser la cloison vésico-vaginale et faciliter l'avivement dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, et fournit un cas de succès à l'appui des conclusions de l'auteur. (Commissaires : MM. Debout, Legouest, Verneuil.)

— M. le docteur Antoine Martin, médecin-major de 1re classe, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Larrey, une note *sur les cathéters à cannelure.* (Commissaires, MM. Debout et Cullerier.)

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

Langenbeck (de Berlin), *Die Uranoplastik.* Berlin, 1861, in-8°. (Commissaire, M. Verneuil.)

Richard H. Hodges (de Boston), *The excision of joints.* Boston, 1861 ; un vol. in-8°. (Commissaire, M. Giraldès.)

Franc. Rizzoli (de Bologne), *Nuovo metodo*, etc. (Nouvelle méthode pour la guérison de la hernie congénitale compliquée de la présence du testicule dans le canal inguinal). Bologne, 1861, in-4°. (Commissaire, M. Follin.)

Baizeau, *Mémoire sur les perforations de la voûte palatine.* Paris, 1862, in-8°.

Goffres, *Sur l'emphysème consécutif aux lésions traumatiques des parois de la poitrine*. Paris, 1861, in-8°.

Marit, *Hygiène de l'Algérie*. Paris, 1862 ; un vol. in-8°.

Essai d'une bibliographie universelle de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie militaires, par l'éditeur Victor Rozier. Paris, 1862 ; in-8°, t. I.

RAPPORT.

Réclamation de priorité sur l'époque à laquelle il convient de pratiquer la désarticulation coxo-fémorale. — M. LEGOUEST lit sur ce sujet le rapport suivant :

Messieurs, je suis chargé de vous faire un rapport sur une lettre adressée à la Société de chirurgie par M. le docteur Jubiot, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Marseille, lettre dans laquelle notre confrère réclame la priorité à propos de la détermination de l'époque où il convient de pratiquer la désarticulation coxo-fémorale.

M. le docteur Jubiot cite, à l'appui de sa réclamation, un certain nombre de phrases tirées de sa thèse inaugurale, imprimée à Montpellier en août 1840 et intitulée : *Observation sur l'amputation dans l'article coxo-fémoral.*

Dans ce travail, M. le docteur Jubiot pose les trois questions suivantes :

1° L'amputation dans l'article est-elle praticable?

2° Quels sont les cas dans lesquels on doit y avoir recours ?

3° Enfin, quelle est la plus avantageuse de l'opération médiate ou de l'opération immédiate ?

Se fondant sur un tableau résumé de tous les cas d'amputation coxo-fémorale, sans distinction des causes qui l'ont nécessitée, M. le docteur Jubiot résout ainsi la troisième question posée :

« Quant à cette question, si l'amputation immédiate est préférable à l'amputation médiate, mon tableau y répond, je crois, d'une manière péremptoire. En effet, si sur neuf cas de guérison un seul appartient à la première et les huit autres à la seconde, nul doute qu'il soit préférable d'amputer médiatement qu'immédiatement. »

Comme on peut le voir, notre confrère est très-affirmatif en thèse générale; il l'est beaucoup moins lorsqu'il s'agit d'opérations à la suite de coups de feu, car il fait suivre les lignes précédentes de celles-ci : « Il y a ici un fait bien important à noter : c'est que sur 15 désarticulations immédiates, suite de coups de feu, une seule a réussi ; tandis que sur cinq médiates, c'est-à-dire qui ne furent faites qu'un certain temps (au moins deux mois) après l'accident, on a

réussi trois fois. Le précepte d'amputer immédiatement à la suite des plaies d'armes à feu, précepte dont l'importance ne m'est malheureusement que trop démontrée, *serait* donc en défaut dans cette circonstance. »

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer combien cette proposition est moins absolue que la précédente; la réserve avec laquelle elle est présentée tient sans doute à ce que M. le docteur Jubiot a trouvé un succès à la suite d'une opération immédiate dans un cas que je considère comme un insuccès, c'est celui du jeune soldat russe qui, à la bataille de Witepsk, eut le fémur fracassé par un boulet et fut immédiatement amputé par Larrey. Ce blessé aurait vécu vingt-neuf ou trente jours, et ne serait mort que d'inanition, *presque guéri.*

Ce qu'il y a de positif, ajoute M. le docteur Jubiot, ne considérant pas comme tel ce qu'il vient d'écrire, « ce qu'il y a de positif, c'est que cette désarticulation a été plus souvent suivie de succès, pratiquée sur des sujets amaigris, que pratiquée sur des hommes robustes comme le sont ordinairement ceux que la guerre choisit pour ses victimes. »

Quoi qu'il en soit, Messieurs, je ne saurais comment m'excuser devant vous d'avoir passé sous silence l'opinion de M. le docteur Jubiot, dans le mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale que j'ai eu l'honneur de vous adresser en 1855, si je n'avais suivi les errements de M. Sédillot, de Larrey père, Hénot (de Metz), MM. Malgaigne, Larrey fils et peut-être encore d'autres chirurgiens. J'avoue très-humblement n'avoir pas lu dans son entier la thèse de M. le docteur Jubiot quand j'ai écrit mon travail, et ne m'être servi que de sa statistique en la rectifiant et en la complétant par des faits nouveaux. J'ai depuis réparé mon tort, d'autant plus facilement que les courtes citations que je vous ai faites sont les seules considérations contenues dans la thèse de M. le docteur Jubiot sur ce point important de chirurgie.

Je m'empresse de rendre hommage à la vérité et de dire : Le 14 août 1840 M. le docteur Jubiot a énoncé dans sa thèse inaugurale soutenue à Montpellier :

1° La prééminence de la désarticulation coxo-fémorale consécutive sur la désarticulation primitive en général.

2° L'incertitude des chances de succès de cette dernière opération pratiquée à la suite de coups de feu.

3° Enfin les avantages positifs de l'amputation faite sur des sujets amaigris, sur l'amputation faite sur des sujets robustes.

Néanmoins, il faut bien croire que l'opinion de M. le docteur Jubiot

n'avait pas eu un très-grand retentissement, ou germait déjà dans l'esprit de quelques chirurgiens.

Un an après, en effet, M. Sédillot, adressant à l'Institut une observation de désarticulation de la cuisse pratiquée avec succès, présentait avec réserve et d'une manière générale l'opération médiate comme meilleure que l'opération immédiate, et ne citait pas M. Jubiot; Larrey père, rapporteur de la communication précédente, partageait la même réserve et ne citait pas non plus M. Jubiot; M. Malgaigne, en 1848, laissait tomber de la tribune académique ces paroles: « Je dirai tout de suite qu'il y a des cas de fracture pour lesquels toute discussion sur l'amputation immédiate n'est pas possible; je reconnais, *avec tout le monde*, que dans les coups de feu qui ont ouvert l'articulation coxo-fémorale ou tibio-fémorale, l'amputation est de rigueur; *pas de contestation sur ce point.* » M. Malgaigne citait encore moins que ses prédécesseurs l'opinion de M. Jubiot. Hénot, chirurgien de l'hôpital militaire de Metz, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine en 1851, tend à donner la préférence à la désarticulation consécutive sur la désarticulation primitive, sans citer M. Jubiot. Moi-même enfin, je n'ai donné que la statistique de M. Jubiot, et mon honorable maître et rapporteur M. H. Larrey a cru devoir m'attribuer la proscription absolue de l'amputation immédiate dans les cas de coups de feu, sans se préoccuper des opinions de M. Jubiot.

Si je parlais à des hommes étrangers à l'évolution des idées scientifiques, je pourrais m'étonner avec eux de l'oubli où tant de chirurgiens ont laissé le travail de M. Jubiot, et je pourrais être surpris du silence patiemment gardé par notre confrère de Marseille sur un point de chirurgie souvent discuté depuis qu'il en avait entrevu l'importance, il y a vingt-deux ans.

Mais nous savons tous combien sont rares les préceptes nés de toutes pièces, combien même souvent sont peu conformes à la pratique ceux qui paraissent fondés sur l'observation la plus attentive.

Si M. Jubiot a le premier imprimé dans sa *Thèse inaugurale* que la désarticulation primitive de la hanche pourrait bien être plus redoutable que la désarticulation consécutive, s'il a rassemblé quelques cas propres à faire prendre cette manière de voir en considération, est-ce à lui qu'il appartient d'avoir déterminé l'époque à laquelle il convient de pratiquer l'extirpation de la cuisse? Je ne le pense pas. Je crois que la prééminence de l'amputation médiate sur l'amputation immédiate n'a été établie d'une manière péremptoire que par la succession des travaux entrepris sur ce sujet, et n'a été formellement exprimée que dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter, il

y a quelques années, à la Société de chirurgie : les travaux dont j'ai parlé précédemment ont seuls donné quelque valeur à la thèse de M. Jubiot, qui dans sa modestie a attendu pour réclamer la paternité de son idée que celle-ci eût des parrains pour la défendre.

Discussion à la suite de ce rapport.

M. LE PRÉSIDENT propose l'insertion du rapport de M. Legouest dans les *Bulletins* de la Société.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

M. BROCA. Je ferai remarquer que la note de M. Jubiot n'est point longue, et que dès lors il n'y aurait aucun inconvénient à la faire imprimer avec le rapport.

M. LEGOUEST. Je serais de l'avis de M. Broca, si je n'avais fait un extrait suffisant de cette note dans mon rapport.

Sur la proposition de son président, la Société décide que la note sera déposée dans les archives.

RAPPORT.

M. BOINET lit un rapport sur un mémoire de M. Philippart, relatif au *traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.*

Discussion à la suite de ce rapport.

M. HUGUIER. Dans l'ensemble du rapport que vient de nous lire M. Boinet, il est quelques points qui m'ont surtout frappé et qui sont sujets à contestation. Ainsi M. Boinet recommande de ponctionner les kystes de l'ovaire du côté correspondant à leur point d'implantation, et il ajoute que rien n'est plus facile que de porter ce diagnostic. Je ne saurais partager entièrement cette manière de voir. J'ai vu beaucoup de kystes nés à gauche être situés sur la ligne médiane et même tout à fait à droite, et réciproquement des kystes nés à droite se porter du côté gauche.

Voici comment j'explique ce phénomène. Un kyste se produit, je suppose, sur l'ovaire gauche. Dès qu'il a acquis un volume un peu considérable, il entraîne par son poids l'ovaire et le ligament large lui-même, et vient se placer naturellement sur la ligne médiane, dans l'excavation pelvienne et dans le cul-de-sac péritonéal qui la tapisse en arrière de l'utérus. Là des adhérences peuvent s'établir et fixer le kyste dans cette position, qui, en se développant plus tard, restera à peu près invariablement sur la ligne médiane. Si des adhérences ne s'établissent point, le kyste se développera, et, refoulé par le rectum,

il se portera à droite, où il va prendre désormais un accroissement de plus en plus grand. J'ai souvent eu l'occasion de voir se produire ces phénomènes, de sorte que le précepte formulé par M. Boinet n'est pas toujours aussi facile à suivre qu'il veut bien le dire.

M. Boinet a dit aussi qu'il faut ponctionner le kyste dans le point le plus déclive de la paroi abdominale, et il a fixé le voisinage du pli de l'aine comme étant le plus propice. Je suis parfaitement du même avis que M. Boinet, et j'admets sans restriction la loi qu'il a posée si judicieusement. Mais je m'éloigne un peu de lui, en ce sens que je donne à cette loi une extension plus considérable. Ainsi je crois qu'il est un point plus déclive que celui signalé par M. Boinet, je veux parler du cul-de-sac vaginal à travers lequel la ponction peut être faite.

M. le rapporteur a bien indiqué cette région, mais j'aurais voulu qu'il nous dît les raisons qui lui font préférer le pli de l'aine pour la ponction. Je reconnais volontiers que la ponction par le vagin n'est pas toujours praticable, parce que le kyste peut être mobile ou éloigné du cul-de-sac vaginal. Malgré cela je déclare cette voie comme étant après tout la meilleure.

Tout à l'heure M. Boinet nous a dit que la sonde à demeure devait être employée seulement pour les kystes à parois épaisses. Quant à moi, j'admets la nécessité de l'emploi de la sonde à demeure dans les kystes suppurés.

Je dois ajouter en terminant que, malgré ces critiques, je regarde le rapport de M. Boinet comme parfaitement bien fait.

M. CHASSAIGNAC. M. Boinet vient de nous dire qu'il faut placer la sonde à demeure, dans quelques circonstances, pendant le traitement des kystes ovariques. Je suis disposé à combattre formellement l'emploi des corps étrangers mis à demeure dans les kystes de l'ovaire après la ponction. Je crois en effet que cette pratique est très-dangereuse.

Voici ce que j'ai pu observer à cet égard. Par une circonstance fortuite, mais non rare, j'ai eu dans mon service à l'hôpital Lariboisière, à un moment donné, quatre malades affectées de kyste de l'ovaire.

La première de ces femmes avait un kyste volumineux qu'elle portait depuis longtemps. Elle était tombée dans l'épuisement, et l'on prévoyait sans peine une mort prochaine. Je fis une ponction du kyste, et je plaçai à demeure un tube élastique. A mon grand étonnement cette femme alla de mieux en mieux, et, encouragé par ce résultat, je fus porté à recourir à ce même traitement chez la seconde malade. Celle-ci fut donc ponctionnée et porta des tubes élastiques

elle guérit promptement. C'était très-beau, je devais persister dans cette voie ; mais bientôt vinrent les revers.

La troisième et la quatrième de mes malades furent soumises à ce traitement. D'abord tout alla pour le mieux ; mais bientôt les accidents se déclarèrent, et la mort ne tarda pas à enlever ces deux malades.

La première opérée elle-même ne fut point exempte de ces accidents, et elle finit par succomber la dernière. Nous trouvâmes chez elle une suppuration de la face interne du kyste avec une péritonite. Il en fut de même chez les deux autres.

Ainsi chez ces trois femmes il n'y a pas eu d'accidents immédiats, et cependant elles ont succombé plus tard. Vous voyez par quelle concomitance fatale je suis arrivé à appliquer d'une manière si large un traitement si funeste, puisque, sur quatre opérées, il y a eu trois morts.

A l'autopsie, j'ai été frappé d'une circonstance ; il paraît, en effet, que la suppuration de ces kystes en amène pour ainsi dire la désagrégation et de là la péritonite. Dans un cas cependant le kyste avait des parois épaisses, et néanmoins la péritonite existait.

Il résulte de là que, sans porter un jugement définitif sur les cas dans lesquels on a fait des injections quotidiennes, je devais signaler la défiance que j'éprouve pour l'emploi des corps étrangers à demeure dans les kystes de l'ovaire.

En résumé, j'ai voulu ici moins faire une argumentation contre le rapport de M. Boinet, qu'une communication personnelle sur un sujet si digne d'intérêt.

M. LABORIE. Je me joins à la protestation de M. Chassaignac en ce qui concerne les corps étrangers laissés à demeure dans les kystes de l'ovaire, et je le fais d'autant plus volontiers que M. Boinet semble attribuer la mort survenue après leur emploi à la manière de faire des chirurgiens qui ont perdu leurs malades. Pour ma part, je regarde les corps étrangers à demeure comme très-dangereux et comme la cause presque unique de tous les accidents observés dans les cas rapportés par M. Boinet.

M. DEPAUL. Je n'ai que de courtes observations à présenter relativement au rapport de M. Boinet. Ainsi, l'honorable rapporteur a débuté par des considérations générales qui font déjà pressentir son opinion. Je trouve qu'il a jugé un peu sévèrement la discussion qui a eu lieu à l'Académie il y a quelques années. Il a dit, par exemple, que les conclusions qu'elle avait adoptées étaient plutôt théoriques que pratiques ; au contraire, je pense que ces conclusions ont été

basées sur l'expérience et la pratique, et qu'elles doivent faire autorité.

Les faits invoqués par M. Boinet ne sont pas probants pour la méthode qu'il défend. Ainsi il rapporte quatre observations, et il y a deux cas de mort, et un troisième dont le résultat n'est pas bien connu, puisque la guérison n'est pas encore complète.

M. Boinet attribue les accidents à ce que les injections ont été mal faites. Je suis disposé à le reconnaître pour une observation ; mais pour les autres je suis d'un avis différent. Ainsi, je vois que c'est M. Philippart lui-même qui a fait l'injection. Dans les cas où les accidents sont survenus, M. Boinet pense que le liquide a pénétré dans la cavité péritonéale. Cette pénétration est-elle bien démontrée ? Je ne le pense pas.

D'un autre côté, j'ai été frappé qu'à Roubaix il n'y ait que des kystes monstrueux. On cite un cas de 45 litres ; et puis vient une autre observation, et il y a encore 45 litres ! A-t-on mesuré le liquide extrait ? Si on a jugé par la simple inspection, il faut savoir qu'il peut y avoir des appréciations fort erronées. Enfin, j'ai remarqué que dans la troisième observation il est question d'un kyste à parois épaisses, et cependant il est dit qu'après la ponction les parois sont revenues sur elles-mêmes avec facilité. Il y a là quelque chose de contradictoire. Il est évident pour tout le monde qu'avec une épaisseur considérable les parois ne peuvent revenir facilement sur elles-mêmes, et que dès lors l'observation est mauvaise.

J'ajouterai un dernier mot. M. Boinet a insisté à plusieurs reprises sur la difficulté de distinguer l'ascite de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et même sur la possibilité de confondre un kyste ovarique avec une affection utérine. L'insistance avec laquelle M. Boinet a parlé de ces erreurs possibles a rendu cette opinion pour ainsi dire sienne. Eh bien, je pense que c'est là une erreur. Je suis d'un avis tout contraire. Dans l'état actuel de nos connaissances, je crois que le diagnostic différentiel de l'ascite et du kyste de l'ovaire est simple, facile dans le plus grand nombre des cas. Cela est si vrai qu'avec un peu d'habitude on peut, avec le palper abdominal seul, arriver à distinguer ces deux affections. Je ne veux pas insister davantage sur le diagnostic entre un kyste et une affection utérine.

M. BOINET. Je vais répondre d'abord à M. Huguier. En ce qui regarde la difficulté de diagnostiquer le côté dans lequel le kyste a pris naissance, je pense qu'elle est réelle lorsque le kyste est très-volumineux, et sous ce rapport je suis volontiers de l'opinion de M. Huguier. Mais je maintiens ce que j'ai avancé, si l'on veut l'appliquer à un kyste petit. Dans cette circonstance, je le répète, le diagnostic

du siége d'implantation est facile. L'embarras, je l'accorde, peut exister quand le ventre est très-gros; et même, dans cette circonstance, il y a encore possibilité de reconnaître le côté qui a donné naissance au kyste, en se basant sur les considérations suivantes. En interrogeant la malade sur les antécédents, elle finira toujours par dire qu'au début de son affection les douleurs, les pesanteurs siégeaient exclusivement de tel ou tel côté, et c'est ce côté qui a produit le kyste. Il existe, en outre, un signe physique qui manque rarement; par le toucher vaginal, on trouve une obliquité du col, et le fond de la matrice est porté du côté opposé à celui où est né le kyste. Enfin, la percussion peut encore éclairer le diagnostic en montrant la masse intestinale située du côté opposé au kyste. Ainsi les cas difficiles sont rares, ils sont tout à fait exceptionnels.

Quant à la ponction, M. Huguier pense que celle faite par le vagin est préférable. Et moi aussi je le pense, mais malheureusement elle n'est pas toujours facile et possible, soit à cause de la mobilité du kyste, soit à cause de sa distance du cul-de-sac vaginal. Quand il y a une distance entre la paroi vaginale et la paroi du kyste, si on injecte un liquide, on peut le faire pénétrer dans le péritoine, d'où épanchement et péritonite. En second lieu, si, pour une cause ou une autre, on est obligé de retirer la sonde et qu'on veuille la réintroduire, on éprouvera les plus grandes difficultés pour rentrer dans la poche kystique; on pourra croire l'avoir trouvée, lorsque le bout de la sonde sera simplement égaré dans le cul-de-sac péritonéal. Sans ces graves inconvénients, je serais prêt à reconnaître une supériorité réelle à la ponction vaginale.

Enfin j'accorde à M. Huguier que dans les kystes suppurés il est utile de faire usage de la sonde à demeure.

Maintenant, je vais demander à M. Chassaignac s'il pense avoir attaqué mon rapport par les observations qu'il a produites. Je ne crois pas qu'il y ait une comparaison possible entre ce qu'il a fait et le procédé que j'emploie. Ainsi, M. Chassaignac fait une double ponction, il traverse le kyste de part en part, d'un côté à l'autre; il établit ainsi des adhérences en deux points, et plus tard ces adhérences vont précisément devenir un obstacle à la rétraction de la poche, à son retour graduel vers son lieu d'origine. En outre, le drain employé par M. Chassaignac, étant percé d'une foule de trous dans tout son trajet, peut devenir la cause d'accidents fort graves, en permettant, par ces trous correspondant à la cavité péritonéale, l'issue d'une certaine quantité de liquide dans cette cavité. C'est là une explication que je donne comme se présentant naturellement à l'esprit.

Ainsi, par son procédé, M. Chassaignac se place dans la double al-

ternative suivante : ou bien il établit des adhérences, et alors il n'y a pas de rétraction possible ; ou bien il n'y a pas adhérence, et alors il s'expose à injecter du liquide dans le péritoine.

M. Laborie semble me reprocher d'accuser les médecins de manquer de soins auprès de leurs malades. Personne n'osera me contredire en conseillant au médecin qui soigne un kyste de l'ovaire de se trouver souvent auprès de sa malade, de faire fréquemment des injections détersives, et d'éviter par tous les moyens l'infection putride.

M. Depaul m'accuse de ne pas connaître la discussion académique qui a eu lieu en 1856 sur l'emploi de la sonde à demeure dans les kystes ovariques. On a rejeté cette pratique, en se basant sur trois faits de M. Robert et un fait de M. Huguier. Je ne compte pas le fait de M. Barth, qui s'est produit après la discussion, et qui du reste ne s'y rapporte pas, puisqu'il s'agit de l'emploi d'un tube élastique. Je déclare ici sans crainte que les trois faits de M. Robert ne prouvent rien contre l'emploi de la sonde à demeure.

La thèse de M. Thomas, dans laquelle sont consignés ces trois faits, nous permet aujourd'hui d'en discuter la valeur à ce point de vue.

Or qu'a-t-on fait ?

On a d'abord pratiqué une ponction ; on n'a rien fait après cela. Puis au bout de quelque temps on s'est avisé de faire une injection iodée; les lavages subséquents ont été négligés ou mal faits. Il est vrai qu'il y a eu deux morts et un cas ignoré. Mais cela ne prouve absolument rien en ce qui concerne la méthode que j'emploie.

M. Chassaignac nous a dit qu'il ne voulait pas de corps étrangers à demeure dans le traitement des kystes ovariques. Je trouve sa proposition trop absolue. J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'observer avec M. Velpeau une jeune comtesse affectée d'un kyste pileux. On avait ponctionné ce kyste dans la persuasion qu'il était séreux, et l'on avait pratiqué plusieurs injections iodées. Toutes avaient été infructueuses. Nous étions arrivés à la huitième sans meilleur résultat, lorsque la mère de la malade me fit remarquer qu'un poil était sorti de la poche kystique. Il fut dès lors décidé que l'on mettrait une sonde à demeure.

Eh bien, cette dame a porté cette sonde pendant deux années consécutives, sans en éprouver d'inconvénients sérieux.

Le kyste, depuis cette époque, est revenu graduellement sur lui-même, et s'il n'est guéri, il est du moins très-amélioré ! J'ajouterai qu'avec un instrument spécial introduit dans la poche je retire des cheveux, des poils, en les enroulant autour de cet instrument.

Je pourrais citer une autre malade qui porte une sonde à demeure depuis dix-huit mois, sans en avoir éprouvé le plus petit accident.

Je crois donc que si des malheurs sont arrivés, il ne faut pas les attribuer à l'usage de la sonde à demeure.

M. Depaul a parlé de parois épaisses qui étaient en contradiction avec la rétraction de ces parois; mais j'ai beau chercher dans les observations que j'ai rapportées, je ne puis rien trouver qui motive cette objection.

Quant aux 45 litres, j'ai dû accepter les expressions de l'observation; il est vrai que M. Philippart n'a pas dit avoir mesuré. Personnellement, j'ai vu un kyste d'une capacité énorme; j'en ai mesuré le contenu, et il était de 55 litres.

M. HUGUIER. Pour le fait du diagnostic du côté par lequel le kyste a débuté, j'en appelle à l'expérience de M. Boinet. Non-seulement cette difficulté existe pour les kystes, mais encore pour toutes les tumeurs abdominales. J'ai pu vérifier ces faits un très-grand nombre de fois. Quant à la ponction vaginale, je ne l'ai pas conseillée d'une manière absolue; j'ai précisé, et j'ai dit qu'il fallait y recourir quand la fluctuation du kyste pouvait être sentie par le vagin. Elle offre alors de grands avantages.

Eu égard aux corps étrangers laissés à demeure, oui, M. Chassaignac a raison, il faut les bannir. Mais il faut reconnaître d'un autre côté que souvent nous sommes forcés de les employer. Je signalerai comme dangereux leur emploi dans les kystes multiples. Voici, en effet, ce qui peut arriver : si vous mettez une sonde à demeure, le bec de la sonde viendra arc-bouter contre les parois qui forment les cloisons. Cette pression continue amènera la mortification de cette cloison, d'où gangrène, suppuration dans plusieurs poches et infection putride.

J'ai observé un kyste suppuré de l'ovaire. Il y avait des accidents d'infection putride, je l'ouvris à trois reprises différentes, et chaque fois il s'écoula environ six litres de pus. Comme la malade ne guérissait point, j'eus la main forcée, je me décidai à employer la sonde à demeure, et j'en obtins un très-bon résultat. Voici comment je procédai : avec un trocart courbe, je fis une ponction par le vagin et par la plaie sus-pubienne; j'introduisis une sonde que je fis sortir par le vagin, de sorte que le pubis était contourné par la sonde laissée à demeure. Pendant six mois cette sonde fut supportée sans accidents, et la malade finit par guérir. Ainsi l'on voit qu'il n'y a pas de règle sans exception.

— Sur la proposition de M. Boinet, la Société adopte :

1° Le dépôt dans les archives de la Société du mémoire de M. Philippart;

2° L'inscription de l'auteur au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

— Sur la proposition du président, la Société décide que le rapport de M. Boinet sera renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que j'ai opéré avec succès d'un lipome. Ce malade, âgé d'environ quarante-cinq ans, offre ceci de particulier qu'il est littéralement couvert de lipomes (soixante environ). Ces lipomes sont variables quant au volume, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Il n'en souffre point, mais l'un des lipomes le gênait beaucoup pour son travail. Il avait même produit chez ce malade une sorte de découragement profond, de sorte que je me décidai à l'enlever. Ce lipome, le plus gros de tous du reste, était situé sur la paroi antérieure et supérieure droite de l'abdomen. Pour son ablation, j'ai employé le procédé suivant : j'ai passé le trocart sous la peau soulevée vers sa partie moyenne ; j'ai ensuite introduit l'écraseur, qui a sectionné la peau. Puis, par cette ouverture, j'ai décollé le lipome, qui offrait peu d'adhérences. Je l'ai énucléé assez facilement, et la cicatrisation a été prompte.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, BÉRAUD.

Séance du 5 février 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. Letenneur adresse une *Note sur l'emploi des fils d'argent en chirurgie, suivie d'une observation de staphyloraphie.* Nantes, 1862, in-8°.

— M. le président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le baron Seutin, un de ses membres correspondants étrangers.

COMMUNICATION.

M. DESORMEAUX. Je mets sous les yeux de la Société une bouteille que j'ai extraite du rectum d'un homme qui est venu à l'hôpital Necker réclamer mes soins.

Voici cette observation :

Cet homme se présente à la consultation, disant avoir depuis avant-hier soir (soit 36 heures environ) une bouteille dans le rectum. Il nie ou reste muet aux questions se rapportant à la pédérastie, mais avoue, après quelques hésitations, qu'à plusieurs reprises il a cherché des jouissances dans l'introduction de corps étrangers et de bouteilles en particulier dans l'anus.

Cette dernière fois donc, la bouteille ayant été poussée trop loin, il la sentit basculer de manière que son fond alla se loger dans la courbure du sacrum et du coccyx; il lui fut alors impossible de la retirer. Espérant qu'elle redescendrait d'elle-même, il n'en dit mot à personne, jusqu'à ce matin, moment où des douleurs dans le ventre et le périnée l'obligèrent à venir à l'hôpital.

A son entrée, on constate que l'anus est dilaté en infundibulum assez extensible pour permettre l'introduction de quatre ou cinq doigts sans difficulté. Il s'en écoule des matières fécales, muqueuses, liquides, sanguinolentes, qui ont taché sa chemise et ses cuisses.

Le toucher, pratiqué après un bain, fait reconnaître au-dessus des sphincters et à la profondeur de l'index environ la présence d'un fond de bouteille dirigé obliquement en haut et en arrière ; avec la pulpe du doigt on peut aisément en faire le tour et remonter un peu le long de ses parois, exploration qui montre que la bouteille est dirigée en haut et en avant, selon l'axe du détroit supérieur.

Le palper du ventre fait apprécier en même temps le siége de l'embouchure, qui est à six centimètres en bas et à gauche de l'ombilic. La distance qui la sépare des parois de l'abdomen est assez petite pour permettre de saisir cette extrémité, de reconnaître ses dimensions, sa forme et ses contours et de la faire cheminer do gauche à droite, selon un arc de cercle de 15 centimètres ; mais on ne peut la faire avancer que très-peu de haut en bas, et, quelle que soit la direction qu'on lui donne, elle revient d'elle-même se placer immédiatement au même point, à gauche de l'ombilic. Du reste le malade ne souffre pas beaucoup, n'a pas de fièvre; le ventre n'est pas ballonné. Mais quelques tentatives ayant été faites au moment de son entrée pour extraire cette bouteille, et les parois de l'abdomen et de l'intestin ayant été un peu comprimées perpendiculairement à l'orifice, une douleur plus vive se fit sentir à ce point.

M. Desormeaux, arrivé peu après, introduisant la main droite dans le rectum, essaye de saisir le fond de la bouteille et de l'entraîner au dehors; mais des efforts répétés ayant été infructueux, les branches d'un forceps sont glissées le long des parois de la bouteille jusqu'à la portion rétrécie; puis, étant articulées, des tractions modérées et continues sont pratiquées en même temps que la main gauche dégageait le fond de la bouteille de la pointe du coccyx qui la retenait. Cette manœuvre l'amena au niveau du sphincter, qui fut franchi sans peine, et on vit sortir une bouteille de 19 centimètres de hauteur, 19 centimètres de circonférence au point le plus large, 5 centimètres et demi de diamètre au fond. N'ayant pas de bouchon, cette bouteille s'était remplie de matières fécales liquides et glaireuses.

Le malade rendit en même temps une certaine quantité de sang mêlé aux matières.

Le soir il se trouve fatigué, mais sans fièvre, le ventre très-peu sensible. On lui donne un lavement émollient qu'il rend avec peu de matières.

Le 2 février, au matin, il a un peu de fièvre, reste assoupi, ne paraît pas souffrir, mais ne répond pas ou que très-vaguement aux questions qu'on lui adresse.

Le 3, il ne se trouve pas plus mal, et sort sur sa demande.

M. J. CLOQUET. Il y a une quinzaine d'années, au moment où nous sortions d'un examen, on nous prévint qu'un homme venait d'entrer à l'Hôtel-Dieu ayant dans le rectum un corps étranger. Nous nous transportâmes, avec les deux collègues qui assistaient à l'examen avec nous, dans la salle où était ce malade. Nous trouvâmes un homme âgé de trente-six ans, d'une figure repoussante, tellement elle était laide. En examinant l'anus et le rectum, nous constatâmes une immense cavité, dans laquelle nous reconnûmes la présence d'une chope de bière qui avait été enfoncée dans cette cavité le fond dirigé en haut et l'ouverture regardant en bas.

Je savais que dans une autre circonstance, un peu analogue, on avait essayé d'extraire le corps étranger au moyen du forceps, et que le corps avait cassé. Je ne devais pas recourir à ce moyen, à cause de ses dangers. Par le procédé que je mis en usage, je parvins à l'extraire facilement.

Après avoir dilaté largement l'anus et l'extrémité inférieure du rectum, je saisis avec deux doigts le bord de la chope, et, par une légère traction, je l'amenai au dehors. Comme les bords étaient couverts de mucosités, la chope me glissa entre les doigts, et elle se brisa en tombant par terre. Quoi qu'il en soit, je recommande de dilater beaucoup l'anus afin d'avoir une grande liberté d'action. Quant à no-

tre malade, il n'éprouva aucun accident immédiat, et dès qu'il fut débarrassé, il se sauva promptement.

M. LARREY. Si M. Velpeau était là, il vous parlerait aussi d'un fait analogue dont j'ai été témoin avec lui. A l'issue d'un examen clinique à l'Hôtel-Dieu, on nous avertit qu'il y avait à la salle de garde un homme qui s'était introduit une chope en verre dans le rectum. On voulut l'extraire avec le forceps, mais le verre se brisa; il y eut des déchirures du rectum, et le malade succomba quatre jours après à l'infection purulente. Les faits semblables sont nombreux.

M. DESORMEAUX. Je connaissais parfaitement les deux faits que l'on vient de citer. Ils se sont passés en 1843, sous mes yeux, pendant que j'étais encore interne à l'Hôtel-Dieu. Je savais donc que dans un cas le forceps avait brisé le verre.

Je savais aussi comment M. Cloquet avait procédé à l'extraction et avait réussi. Mais chez mon malade les conditions n'étaient pas tout à fait les mêmes. Le sphincter était très-dilaté; il n'y avait donc aucune difficulté de ce côté. La difficulté résidait seulement dans une sorte d'enclavement de la bouteille. Ce n'était pas l'extraction et le passage de ce corps qui étaient pénibles, mais bien son dégagement; il fallait faire sortir sa base de son engagement dans la concavité du sacrum, et c'est pour cela que j'ai eu recours au forceps. Ce qui m'a encore porté à employer cet instrument, c'est que je savais que la bouteille était solide et d'une configuration s'adaptant aux cuillers du forceps, beaucoup mieux que ne l'aurait fait une chope en verre.

M. BLOT. Le détroit supérieur était-il réellement l'obstacle mécanique qui empêchait l'issue de la bouteille? Je ne le pense pas. Je croirais plus volontiers que l'obstacle tenait à une contraction de l'intestin.

M. DESORMEAUX. Chez la femme, j'admettrais volontiers que cet obstacle ne vînt point du détroit supérieur, à cause de ses dimensions plus considérables. Mais chez l'homme, et je m'en suis aperçu, on ne manœuvre pas aussi facilement que chez la femme; il y a peu d'espace, et je persiste à croire que c'était là la cause véritable de l'enclavement. M. Blot invoque la contraction de l'intestin; mais la preuve qu'il n'en est rien ici, c'est que je pouvais facilement passer les doigts entre l'intestin et la bouteille, excepté dans les deux points qui arcboutaient.

M. BLOT. En voyant les dimensions de la bouteille et les comparant à celles du bassin d'un homme, je ne puis croire que le détroit supérieur était la cause de la résistance à l'issue de cette bouteille.

M. DESORMEAUX. La bouteille était placée de telle manière que sa direction ne pouvait être changée et mise en rapport avec les diamè-

tres du bassin. Or quelle était la cause de cette difficulté? C'était uniquement l'étroitesse du détroit supérieur.

— **M. LE PRÉSIDENT** tire au sort cinq membres pour examiner la gestion du trésorier.

Les membres désignés par le sort sont : MM. Cullerier, Richard, Desormeaux, Voillemier et Blot.

— M. le président tire au sort cinq autres membres pour examiner l'état de la bibliothèque et des archives de la Société.

Les membres désignés sont : MM. Richet, Follin, Marjolin, Legouest et Danyau.

RAPPORT.

M. CULLERIER lit le rapport suivant :

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de deux ouvrages qui vous ont été envoyés pour être soumis à votre appréciation. L'un est un mémoire de M. le docteur Edmond Langlebert, intitulé : *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis.* L'autre est une thèse de M. Viennois, ayant pour titre : *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire.*

Pour un homme qui pendant de longues années a soutenu la doctrine huntérienne de la non-contagiosité des lésions secondaires de la syphilis, rendre compte de deux ouvrages qui l'un et l'autre affirment le pouvoir contagieux de ces lésions, pouvait paraître une tâche difficile à remplir. Cependant je n'ai pas hésité à m'en charger, d'abord parce qu'il ne doit jamais y avoir de honte à revenir d'une erreur consciencieuse, et ensuite parce que la question se présente sous une face nouvelle, qui me permet de rendre publiquement hommage à la vérité sans trop déroger, peut-être, aux principes que j'avais professés touchant la pathogénie de la syphilis.

Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, les nombreux débats qu'a soulevés de notre temps la contagiosité de la syphilis secondaire. Elle a été niée par les uns, affirmée par les autres, avec une ardeur et une conviction égales des deux côtés. Des faits cliniques, et mieux que ces faits, leur interprétation satisfaisante, des expériences hardies et renouvelées malheureusement en assez grand nombre, ont mis fin à tant de discussions en donnant raison à ceux qui défendaient le dogme de la contagion.

Maintenant que la question est jugée et que sont éteintes les pas-

sions qui s'agitaient autour d'elle, on se demande, non sans quelque étonnement, comment elle a pu donner lieu pendant si longtemps à de telles controverses. Sans doute l'observation clinique, en ce qui touche la syphilis, est souvent entourée de grandes difficultés ; mais quelque nombreuses que puissent être ces difficultés, elles ne suffisent pas pour expliquer une aussi complète divergence d'opinions. La raison en est ailleurs. Elle est, suivant moi, dans le peu de précision apporté par les contagionistes à l'étude et au développement de la question, dans l'obscurité qu'ils n'ont pas su dissiper touchant le principal élément du problème à résoudre.

Tous, en effet, se bornaient à dire : Les symptômes secondaires de la syphilis sont contagieux ; voici des observations, voici des expériences, regardez et croyez. C'était beaucoup, sans doute, mais cela ne suffisait pas pour entraîner la conviction. Il fallait encore s'expliquer sur les caractères et sur la nature de la lésion transmise, dire sous quelle forme première se manifeste la contagion secondaire, par quel accident débute la syphilis ainsi communiquée. C'était là, vous le comprenez, Messieurs, le point capital de la question, et cependant aucun auteur ne semblait s'en préoccuper, aucun n'avait dégagé le mystère de cette contagion.

Privés de cet élément nécessaire, observations et expériences des contagionistes, si bien faites qu'on les supposât, prêtaient le flanc aux interprétations de leurs adversaires, qui, loin d'en être ébranlés, s'en faisaient une arme pour la défense de leur opinion.

La doctrine de ces derniers, qui était aussi la mienne, reposait sur ce principe que la syphilis a constamment le chancre pour point de départ. Le chancre, disait-on, est à la vérole constitutionnelle ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie, car jamais nous n'avons vu la syphilis débuter d'emblée par ses formes constitutionnelles, l'héréditaire excepté, bien entendu.

Les expériences d'inoculation faites par Hunter, en petit nombre il est vrai, mais reprises et poursuivies sur une large échelle par M. Ricord à une époque où les caractères des deux variétés de l'ulcère primitif étaient moins connus, nous avaient fait admettre une différence absolue de propriétés entre la matière sécrétée par le chancre et celle des lésions secondaires, la première s'inoculant le plus souvent avec succès sur le malade lui-même, la seconde demeurant presque invariablement stérile.

De cette différence, que la lancette traduisait ainsi en un fait matériel évident pour tous, nous avions tiré comme conclusion cet autre principe, que le chancre seul reproduit le chancre.

La conséquence de ces deux principes nous conduisait forcément à

nier la transmission par contagion directe de la syphilis constitutionnelle.

Le chancre, disions-nous, est le point de départ obligé de la syphilis ; or le chancre seul produit le chancre : donc les accidents secondaires ne sont pas contagieux.

Ainsi appuyée sur l'expérimentation et sur une logique qui avait bien quelque rigueur, notre conviction nous paraissait, devait nous paraître inébranlable. Pour y faire entrer le doute, il eût fallu nous dire et surtout nous prouver par des faits que l'une des prémisses de notre raisonnement était fausse. Or c'est ce que ne faisait aucun de nos adversaires. Tous se bornaient, comme je l'ai dit plus haut, à attaquer simplement notre conclusion, en alléguant des observations et des expériences de transmission dont le point de départ, c'est-à-dire l'accident initial, n'était pas indiqué ou du moins n'était signalé que d'une manière vague et insaisissable.

Cependant, s'il était absolument vrai que la syphilis débutât toujours par le chancre, était-il également certain que le chancre seul produisît le chancre ? Les expériences sur lesquelles M. Ricord avait établi ce dernier principe n'avaient été pratiquées que sur les malades eux-mêmes ; répétons-le bien haut à sa louange, car si notre collègue a fait fausse route au point de vue scientifique et si d'autres l'ont suivi dans cette voie, jamais pour appuyer sa doctrine il ne s'est cru en droit de disposer de la santé d'autrui et d'expérimenter sur des sujets bien portants. Or le pus des lésions secondaires inoculé à un individu sain ne pouvait-il pas lui aussi engendrer le chancre ? S'il en était ainsi, la contagiosité de la syphilis constitutionnelle était démontrée, et le problème si longtemps débattu recevait enfin sa solution la plus acceptable, et, disons-le, la plus conforme à la loi de développement des maladies virulentes, qui toutes commencent invariablement par leurs symptômes initiaux ou prodromiques, quelle que soit la période plus ou moins avancée de la maladie qui en a transmis le germe.

En effet, si les lésions secondaires de la syphilis sont contagieuses, c'est évidemment parce qu'elles recèlent le virus vénérien ; or ce virus, quelle que soit la source où on l'a puisé, est un, et toujours, quant à sa nature, identique avec lui-même. Donc il doit, transporté sur un individu sain, reproduire la série complète des accidents propres à la syphilis, c'est-à-dire la maladie tout entière, en commençant par le chancre, qui en est la première manifestation.

C'est en 1856 qu'un de nos jeunes confrères, M. le docteur Edmond Langlebert, saisit le premier le fait de la transmission de la vérole secondaire par le chancre. Une seule observation clinique le lui avait

révélé; mais telle était sa confiance en cette observation suivie pas à pas, qu'il n'hésita point à l'ériger en une loi pathogénique qu'il formula de la manière suivante : La syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire (*Extrait des procès-verbaux imprimés de la Société médicale du Panthéon*, séance du 13 février 1856).

Deux ans plus tard, en 1858, M. Langlebert publia dans le *Moniteur des hôpitaux* un mémoire sur le même sujet, où sont exposées avec détail les premières observations qui aient paru dans la science pour montrer le chancre comme première conséquence de la contagion d'accidents secondaires.

Depuis ce temps, les observations de ce genre se sont multipliées. Le nouvel ouvrage de M. Langlebert, dont j'ai l'honneur de vous rendre compte, en contient six autres où l'on voit le chancre induré avec sa pléiade ganglionnaire caractéristique prendre naissance à la suite de rapports entre sujets sains et sujets affectés de syphilis constitutionnelle.

Messieurs, à notre époque d'observation et de libre examen, il est rare qu'une idée nouvelle, lorsqu'elle porte en soi le germe de la vérité, tarde longtemps à se faire jour et à conquérir des adhérents. Aussi celle de M. Langlebert, malgré sa date récente, a-t-elle été l'objet de travaux déjà nombreux, qui ont puissamment contribué à la populariser.

Parmi ces travaux, je citerai en première ligne, et volontiers je dis hors ligne, le mémoire de M. le docteur Rollet (de Lyon), publié en 1859 dans les *Archives générales de médecine*, mémoire très-remarquable à plus d'un titre, très-bien fait, où les observations sont présentées avec un esprit critique très-judicieux, et dans lequel rien n'a été épargné pour entraîner la conviction.

Mais, à propos de ce mémoire, je dois signaler un fait qui malheureusement n'est pas sans précédents dans l'histoire des sciences médicales, c'est que M. Rollet paraît vouloir aujourd'hui revendiquer pour lui-même le mérite de la découverte, et qu'il a trouvé quelques amis et des élèves qui lui ont fait écho. M. Rollet, placé à la tête d'un hôpital, et par conséquent sur un plus vaste théâtre que ne l'est M. Langlebert, a pu à son gré étendre la question et envisager la nouvelle doctrine au point de vue clinique et expérimental; il l'a scrutée avec tant de persévérance et avec tant d'ardeur, qu'il a fini par la faire sienne et par croire qu'il en est réellement le père. C'est ainsi que dans le mémoire dont je parle, M. Langlebert est cité comme il méritait de l'être, et que dans la reproduction toute récente de ce

mémoire, qui aujourd'hui fait partie d'un ouvrage plus considérable, on a le regret de constater que le nom de M. Langlebert n'est même plus prononcé. Cependant, il suffit de comparer les dates pour reconnaître immédiatement que la priorité lui revient entière, que le premier il a formulé la loi suivant laquelle se transmettait la syphilis secondaire, et le premier aussi en a donné la démonstration clinique.

Après le mémoire de M. Rollet, ont paru successivement sur le même sujet : un travail publié en juin 1859 dans l'*Art médical*, mais vous me dispenserez, et pour cause, de ne vous en pas dire davantage ;

Une thèse de M. Guyenot, de Lyon (août 1859), où ce jeune médecin, après avoir soumis à une savante discussion les expériences d'inoculation de syphilis constitutionnelle faites sur l'homme sain par Wallace, par Waller, par Vidal, par Rinecker, et en dernier lieu par M. Gibert, a prouvé que dans toutes ces expériences le résultat de l'inoculation a constamment présenté tous les caractères propres au chancre induré ;

La thèse de M. Alfred Fournier, l'habile interprète de M. Ricord (février 1860), où la nouvelle doctrine de la contagion syphilitique secondaire est largement exposée, avec de nombreux faits à l'appui ; thèse à laquelle il ne manque pour être parfaite en tous points qu'un peu de justice et plus d'égards pour les travaux qui l'ont précédée;

Un mémoire fort remarquable de M. le docteur Galligo (de Florence) sur divers points de syphiliographie, publié en août 1860 dans la *Gazette hebdomadaire*, où se trouve la relation d'une expérience faite sur lui-même par notre courageux confrère, et dans laquelle on voit un chancre se développer dix-sept jours après une inoculation de pus pris sur des plaques muqueuses;

Enfin, la thèse de M. Alexandre Viennois (30 août 1860), dont j'avais aussi pour mission de vous rendre compte.

M. Viennois est un élève des hôpitaux de Lyon ; c'est vous dire que sa thèse est en grande partie un commentaire élogieux du mémoire de M. Rollet. Certes, il est beau de voir un disciple reconnaissant acquitter dans ses premiers écrits la dette de gratitude qu'il a contractée envers son maître; mais ce sentiment doit être contenu dans de justes limites, aussi bien pour la dignité de celui qui l'exprime que dans l'intérêt de celui qui en est l'objet.

Privé de l'expérience que donne seule une longue pratique, M. Viennois ne pouvait, on le comprend, ajouter que peu de chose au sujet qu'il a traité. Toutefois, on trouvera dans sa thèse un résumé utile à

consulter de la plupart des observations et des expériences relatives à la transmission de la syphilis.

Je vous demanderai, Messieurs, la permission de ne vous point parler de la prétendue contagiosité du sang des syphilitiques, que l'auteur admet, selon moi, bien légèrement, même après l'observation expérimentale si connue de Waller. Encore plus vous prierai-je de me dispenser de vous entretenir de sa théorie de la contagion vaccino-syphilitique par l'inoculation accidentelle du sang pris dans la pustule vaccinale. Ce sont là des questions brûlantes d'intérêt, sans aucun doute, mais qui, dans l'état actuel de la science, exigent de nouvelles et nombreuses recherches pour pouvoir mûrement et utilement arriver à la discussion.

Ces questions, en effet, sont hérissées de difficultés, et je n'en veux pour preuve que cette histoire récente des quarante-six enfants de Rivalta, auxquels la syphilis aurait été communiquée par la vaccination. Comment pourrions-nous discuter ces faits, lorsque les médecins qui en ont été les témoins oculaires ne peuvent pas s'entendre pour les juger, et les interprètent chacun à sa façon ?

Si quelques membres de cette Société ont observé des cas semblables, je les adjure de nous les faire connaître. Ma propre expérience me fait ici entièrement défaut, et je déclare que pendant les douze années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, j'ai fait un grand nombre de vaccinations de bras à bras d'enfants en puissance de syphilis congénitale à des enfants sains, sans avoir jamais eu à déplorer le moindre accident chez ces derniers, et je dois ajouter, sans avoir jamais pris la moindre précaution dans cette petite opération.

Messieurs, les divers ouvrages dont je viens de vous présenter l'analyse me paraissent avoir enfin établi par l'observation et par l'expérimentation le fait si longtemps controversé de la contagion des lésions secondaires de la syphilis.

Est-il vrai cependant que la défaite des non-contagionistes ait été aussi complète qu'on a bien voulu le dire? Je ne le pense pas. Et ne croyez pas, Messieurs, qu'en parlant ainsi je cherche un subterfuge pour défendre encore la doctrine absolue de Hunter; ce serait un procédé indigne de moi vis-à-vis de la Société devant laquelle j'ai l'honneur de parler; mais la syphilis, disions-nous, débute toujours par un chancre; jamais elle ne se montre d'emblée sous ses formes constitutionnelles. Or, ces deux propositions, dont l'une n'est que le corollaire de l'autre, restent intactes en adoptant la nouvelle théorie de la contagion constitutionnelle.

Sans doute nous avions vu, comme tout le monde, des faits où cette contagion pourrait nous paraître probable; mais comme toujours la

maladie transmise commençait par un chancre, nous supposions, et pour être conséquent avec nous-mêmes, nous devions supposer qu'un accident semblable actuellement disparu ou transformé en avait été l'origine.

Entre autres faits, je me rappelle celui d'une nourrice entrée dans mon service à l'hôpital de Lourcine, me disant que son nourrisson l'avait infectée. J'examinai cette femme, et je trouvai un chancre du mamelon, chancre induré type, avec la pléiade ganglionnaire indolente dans l'aisselle ; d'où je conclus avec M. Ricord, auquel j'avais fait voir la malade, que ce ne devait point être son nourrisson, affecté seulement de syphilis secondaire, qui lui avait communiqué le chancre, mais plutôt son mari ou quelque autre individu ayant eu le même accident.

Maintenant qu'il paraît prouvé que des lésions secondaires peuvent aussi engendrer le chancre, tous ces faits qui nous embarrassaient alors trouvent dans la nouvelle doctrine leur explication naturelle. Aussi, tout récemment, dans un rapport administratif où j'avais à donner mon opinion sur une contagion de nourrisson à nourrice dans les mêmes circonstances que celles que je viens de vous signaler, c'est-à-dire plaques muqueuses à la bouche de l'enfant et chancre induré du mamelon avec pléiade axillaire indolente chez la nourrice, je n'ai pas élevé l'ombre d'un doute sur la transmission directe.

Je pourrais à ces deux observations en ajouter encore un bon nombre d'autres qui me sont propres, soit d'enfants à nourrices, soit d'adultes entre eux, où j'ai pu prendre la contagion sur le fait, et que je reconnais avoir mal interprétées à une certaine époque ; elles prouveraient une fois de plus que le chancre est toujours l'exorde obligé de la vérole et le seul accident résultant tout d'abord de l'inoculation ; tandis que les lésions secondaires ne peuvent se transmettre qu'en repassant par la forme primitive, et cette forme, qu'on l'appelle chancre induré ou papule, se conduit exactement de la même façon que le chancre résultant du chancre, puisque comme dans celui-ci il y a un premier temps d'incubation entre l'inoculation et l'apparition du symptôme, puis une nouvelle incubation entre ce symptôme et l'apparition de la manifestation constitutionnelle.

Messieurs, il est certain que cette manière d'envisager la contagion secondaire est on ne peut plus séduisante. Pour mon compte, je l'accepte d'autant plus volontiers qu'elle explique bien des faits restés douteux dans l'esprit des non-contagionistes, et qu'elle se rapproche de mes opinions d'autrefois ; mais est-elle exclusivement vraie, c'est-à-dire est-elle applicable à tous les cas ? Vous savez que beaucoup d'auteurs pensent que toutes les formes de la syphilis con-

stitutionnelle se transmettent dans leur essence, et que si quelques-uns se sont ralliés au nouveau dogme, il en est d'autres, même parmi ceux qui n'ont pas reculé devant l'expérimentation sur l'homme sain, qui persistent dans leur opinion. Vous savez aussi que dans cette enceinte même quelques-uns de nos collègues professent que la plaque muqueuse, par exemple, engendre la plaque muqueuse; aussi je me garderai bien d'être absolu. J'ai vu en syphilis tant de ruines, j'ai vu s'écrouler tant de systèmes si bien conçus et si brillamment soutenus, que je puis bien me demander si celui dont je viens de vous entretenir n'aura pas le même sort, quoiqu'il se présente, il faut le reconnaître, sous un aspect satisfaisant; mais l'avenir nous dira s'il est inattaquable. Pour cela, il a besoin de la consécration du temps. C'est une voie nouvelle ouverte à l'observation; il faut la suivre.

Quoi qu'il en soit, les travailleurs méritent toujours bien de la science; aussi faut-il applaudir à leurs efforts, faut-il rendre à chacun la justice qui lui est due : c'est pourquoi il me paraît impossible de ne pas attribuer incontestablement à M. le docteur Langlebert le mérite de l'idée première, et à M. le docteur Rollet ou à ses élèves, parmi lesquels M. Viennois est un des plus distingués, la vulgarisation de l'idée, et une abondance d'observations cliniques et de faits d'expérimentation qui ont puissamment contribué à l'élever à la hauteur d'une vérité.

Je propose à la Société de déposer très-honorablement dans ses archives le travail de M. Langlebert, ainsi que la thèse de M. Viennois, et d'adresser des remercîments à ces deux messieurs.

DISCUSSION SUR CE RAPPORT.

M. A. GUÉRIN. Je n'ai pas de bien grandes objections à faire au rapport de M. Cullerier. Cependant notre collègue a abordé une question qui n'est point résolue de la même manière par tout le monde, et j'avais espéré qu'il nous fournirait quelque lumière nouvelle sur ce sujet. Depuis longtemps quelques personnes soutiennent que le chancre n'est pas l'élément primordial unique de la syphilis, ou, en d'autres termes, que les plaques muqueuses peuvent apparaître comme première manifestation de la vérole.

Si l'on étudie cette affection exclusivement chez l'homme, je comprends que l'on arrive à cette conclusion : Le chancre est le point de départ de la syphilis. A l'hôpital du Midi, en effet, les plaques muqueuses n'apparaissent que consécutivement.

Mais à l'hôpital de Lourcine les choses ne sont pas aussi évidentes : je ne veux pas dire que chez la femme le chancre soit rare, car en examinant bien on finit par en trouver un assez bon nombre, et cha-

que année j'en ai bien eu une trentaine dans mon service; mais beaucoup plus fréquemment, malgré l'examen le plus attentif, les plaques muqueuses paraissent être la première manifestation de la syphilis. Je sais bien qu'à cette manière de voir on a objecté depuis longtemps que le chancre a pu échapper à l'observation par sa précoce transformation en plaque muqueuse; l'argument est plausible, et j'en tiens grand compte pour ma part; mais puis-je donc croire que le chancre infectant, qui a chez la femme comme chez l'homme des caractères parfaitement tranchés et une durée de plusieurs semaines, puisse passer si souvent inaperçu jusqu'au moment où il devient une plaque muqueuse? On a fait grand bruit de cette transformation, que j'ai admise tout d'abord comme tout le monde; mais en relisant attentivement le mémoire de MM. Deville et Davasse, il a été très-évident pour moi qu'ils avaient méconnu la nature du chancre dans plusieurs observations, et après mûre réflexion je me demande si jamais ils ont observé un chancre induré chez la femme!

Je ne repousse pas la possibilité de la transformation du chancre en plaque muqueuse; mais je dis que le plus souvent, quand un chancre est manifestement induré, il se guérit, chez la femme comme chez l'homme, en conservant jusqu'à sa guérison sa personnalité. Il est, à la vérité, difficile de comprendre pourquoi les choses ne se passent pas de la même manière dans les deux sexes; mais pourquoi donc la différence des tissus ne produirait-elle pas une différence dans les caractères physiques de la production morbide? Est-ce que les chancres des petites lèvres ressemblent absolument à ceux qui se développent sur les grandes? Evidemment non. Ce ne sont que des nuances sans doute, mais elles suffisent à nous faire admettre l'influence des tissus sur le développement des lésions.

M. Cullerier nous a dit que la syphilis apparaît toujours par un accident local. Je suis de cet avis, mais avec une restriction capitale: c'est que cet accident local est la manifestation d'un état constitutionnel.

Cette distinction me paraît de la plus grande importance au point de vue du traitement: quand on ne considérait le chancre que comme un accident purement local, on croyait détruire le virus syphilitique sur place, et l'on cautérisait le chancre pour arriver à ce résultat. Mais aujourd'hui cette pratique est abandonnée, parce que l'on sait que déjà le chancre est l'indice de la vérole. Si M. Ricord a pu produire des chancres et les guérir par la cautérisation, c'est qu'à cette époque il ne faisait aucune différence entre le chancre mou et le chancre induré, et, chose curieuse, dans son *Traité de l'inoculation*, il n'existe que des observations de chancres incapables de donner lieu à une

infection générale. Pour moi, je ne crois pas qu'il y ait un chancre induré sans incubation plus ou moins longue, et dès lors cette sorte d'ulcération est déjà une manifestation d'un état diathésique. De même que le bouton vaccinal est l'indice d'un état général, de même ce que l'on pourrait appeler le *bouton chancreux*, c'est-à-dire le chancre induré, est l'indice d'une infection de tout l'organisme.

Le chancre induré et les plaques muqueuses ont la même signification, et la seule différence qui existe entre ces deux manifestations, c'est que les plaques muqueuses sont seules susceptibles de se montrer à différentes périodes de la maladie. Le chancre induré indique, comme les plaques muqueuses, une infection constitutionnelle, et je ne vois pas pourquoi ces lésions ne seraient pas l'une et l'autre indifféremment la première manifestation de l'infection syphilitique. Mais, je le répète, je tiens compte des objections et de l'opinion opposée.

M. RICHARD. M. Guérin nous a paru toucher le point important qui menace de faire crouler l'édifice construit dans l'excellent rapport que vient de nous lire M. Cullerier. Pour juger toutes ces questions, rien ne vaut, à mon avis, l'observation quotidienne, nous montrant, par exemple, que la blennorrhagie, pas plus que le chancre mou, n'est susceptible de produire un état constitutionnel.

D'un autre côté, cette même observation journalière nous montre que chez les femmes la vérole peut commencer par la plaque muqueuse. Pour ma part, ayant observé et observant encore à Lourcine sur un vaste champ, je ne mets pas en doute un instant cette proposition : que la plaque muqueuse est le premier point initial de la vérole. La preuve en est bien facile à donner. Nous savons tous, en effet, que le chancre induré laisse après lui une cicatrice caractéristique, qui permet de reconnaître son passage.

Or voyez chez les femmes, vous ne trouvez pas de ces cicatrices si la vérole a été traitée et guérie. Vous n'avez plus d'autres moyens de la trouver qu'en examinant l'adénite spécifique.

Mais si je reconnais que la plaque muqueuse commence la vérole, j'admets aussi qu'avant son développement il y a eu une incubation, une modification générale dans tout l'organisme, qui se traduit au dehors par cette plaque muqueuse.

Si on observe attentivement la vérole de la femme, on voit que s'il y a un chancre induré chez elle, on trouve en même temps des plaques muqueuses. Chez l'homme, le chancre induré varie suivant les régions; il n'est pas le même aux lèvres, sur le prépuce, sur les paupières, etc.

Eh bien, chez la femme, la plaque muqueuse ne serait-elle pas une

forme spéciale du chancre induré? Pour ma part, je le déclare, le progrès le plus important à réaliser en syphilis est de déterminer s'il y a une si grande différence entre le chancre induré et la plaque muqueuse. Il est évident que si ces deux accidents de la vérole étaient identiques, toutes les expériences de M. Ricord seraient comme non avenues.

Je sais bien que M. Cullerier va nous répondre qu'il y a une grande différence entre ces deux états. Mais qu'il veuille bien examiner ce qui a lieu vers le trentième jour après une inoculation, il verra de la céphalée, de la douleur; puis les accidents se succèdent, et c'est le chancre induré qui ouvre la scène.

Appuyé sur une longue et attentive observation, ainsi que sur tous les motifs que je viens de signaler, et adoptant une opinion toute contraire à celle généralement enseignée aujourd'hui, je n'hésiterais pas à formuler la proposition suivante : *ce qui donne la vérole, c'est l'accident secondaire.*

M. BROCA. Je ne veux pas entrer dans la discussion en ce qui regarde les doctrines exposées par M. Cullerier. Je veux seulement rappeler ici quelques expériences de Rinecker, pouvant éclairer des points en litige.

Voici en quoi consistait le procédé de cet expérimentateur. Il appliquait un vésicatoire et le pansait avec de la charpie imbibée du pus fourni par des plaques muqueuses.

Le vésicatoire guérissait parfaitement, comme si on l'avait pansé avec du cérat ordinaire. Mais, fait curieux, au bout de trois semaines, à la périphérie de la partie recouverte par le vésicatoire, on voyait apparaître une couronne de petites vésicules parcourant une certaine évolution, et puis se manifestaient tous les symptômes d'une infection constitutionnelle, tels que céphalée, maux de gorge, syphilides, etc.

Les faits que je viens de relater sont consignés dans un mémoire que l'on trouvera dans les *Archives* de Prague de l'année 1856, je crois. Ainsi, voilà une origine non douteuse, bien évidente, et cependant la syphilis a suivi sa marche régulière à partir de ce moment. C'étaient donc bien des plaques muqueuses qui donnaient ici la vérole. Il ne saurait y avoir le moindre doute à cet égard. Ces faits sont de nature à ébranler la proposition de M. Cullerier. Il est vrai que l'expérimentation qui nous les fournit est blâmable, mais il faut cependant profiter de leur démonstration.

M. VELPEAU. Je ne veux dire qu'un mot et rappeler un fait, à savoir, que ce que l'on dit aujourd'hui se rapproche beaucoup d'une opinion que j'ai déjà émise.

J'avoue que j'éprouve une certaine satisfaction en voyant que ce que l'on dit maintenant tend à ramener les esprits vers ce que nous disions il y a quelques années à l'Académie de médecine.

Si la plaque muqueuse donne naissance au chancre, qui sera plus tard infectant et produira à son tour une syphilis avec son évolution complète, vous vous trouverez dans les mêmes idées que nous soutenions alors. Si vous admettez aussi que la plaque muqueuse peut naître du chancre, nous sommes parfaitement d'accord. Mais il y a une petite objection à cela, et la voici : Si vous admettez que la syphilis est toujours constitutionnelle, et que les accidents locaux n'apparaissent qu'après une incubation, comment expliquer que des plaques muqueuses aient été données à une série d'enfants, et toujours dans la même région? Six petits garçons, en effet, ont été atteints de plaques muqueuses à l'anus, et l'on apprend qu'un mauvais sujet, affecté lui-même d'un chancre à la verge, les avait approchés, et des plaques muqueuses s'étaient manifestées au *bout de quelques jours seulement*. Comment expliquer ce fait avec une pareille manière de voir?

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas l'intention de présenter une observation analogue à celle de notre savant maître M. Velpeau; mais pour appeler l'attention sur un fait curieux qui montre combien il faut être réservé en ces sortes d'interprétations, voilà une syphilis, c'est une affection constitutionnelle à coup sûr. Eh bien, est-ce par un état local qu'elle a apparu ou bien précédait-elle cet état local? Voilà ce qu'il faut décider.

Localement, que voyons-nous? Une absorption de virus. Puis, modification de l'organisme après l'absorption du virus. Les manifestations de la variole sont bien différentes; l'éruption apparaît à la surface de tout le corps, à peu près avec une égale intensité. Il y a donc ici un état général. Dans la syphilis, au contraire, c'est la région qui est d'abord affectée, c'est l'état local qui commence, puis plus tard apparaît un phénomène secondaire qui est général ou constitutionnel. Il y a donc entre ces deux affections une grande différence, et je crois que cette différence est la cause de l'erreur dans laquelle on est tombé.

M. GUÉRIN. Si M. Velpeau avait observé lui-même le fait qu'il vient de rappeler, j'en tiendrais un grand compte: il sait combien j'ai de respect pour ses opinions. Mais il me permettra de regarder cette observation comme insuffisante. A quelle époque ont eu lieu les rapprochements dont on a parlé? Le médecin ne peut pas le savoir, on l'a trompé.

Ce fait serait en désaccord avec ce que tout le monde a observé.

M. Ricord seul soutenait le contraire, lorsqu'il défendait ses doctrines contre M. Velpeau.

M. VELPEAU. Le fait s'est passé dans un pensionnat. La femme de garde qui était chargée de soigner ces jeunes garçons, s'étant aperçue de l'existence de ces plaques muqueuses, fit appeler le médecin attaché à l'établissement, lequel à son tour les constata avec le plus grand soin. On chercha la cause, et l'on finit par découvrir un domestique qui avait des chancres et qui avait contaminé ces jeunes garçons.

M. A. GUÉRIN. M. Velpeau veut prouver que dans ce cas il n'y a pas eu incubation. Mais est-ce avec une pareille observation que l'on peut résoudre des questions de doctrine?

Quelqu'un de nous a-t-il vu un chancre induré non précédé d'incubation? Jamais. — Je n'ai pas dit précisément que les plaques muqueuses peuvent se montrer primitivement, mais je suis très-disposé à l'admettre. M. Richard, qui est plus affirmatif que moi, aurait voulu que je dise que les plaques muqueuses et le chancre se ressemblent. Mais les caractères physiques de ces lésions sont essentiellement différents.

Si, dans certains cas, il y a possibilité de confondre les plaques muqueuses avec le chancre induré, avec l'habitude on arrive à établir cette distinction, même dans les cas difficiles. De toutes les régions où ce diagnostic présente des difficultés, les grandes lèvres peuvent être mises au premier rang. Ici, en effet, on a des tissus qui s'indurent facilement, et la consistance d'une grande lèvre œdématiée, sur laquelle repose une ulcération, peut en imposer pour l'induration du chancre infectant; mais je nie que les plaques muqueuses ressemblent au chancre induré.

En définitive, je soutiens que la vérole apparaît toujours après incubation. C'est le seul point de la discussion contre lequel M. Velpeau ait protesté. J'espère qu'en se rappelant ses discussions académiques, il reconnaîtra que les adversaires de M. Ricord défendaient l'opinion que je soutiens aujourd'hui.

M. LE PRÉSIDENT. Le fait cité par M. Velpeau est d'une importance capitale pour éclairer la discussion. Il faudrait donc savoir les dates précises pour décider s'il y a eu incubation dans ce cas particulier.

M. VELPEAU. Ce fait a été communiqué à l'Académie de médecine; je l'ai rappelé ici sans vouloir formuler aucune opinion.

M. GUERIN. Il m'est impossible d'admettre l'observation de M. Velpeau. On pouvait croire à la possibilité de faits semblables, lorsque, M. Ricord inoculant du pus de chancre, on voyait dès le lendemain

une pustule que l'on disait caractéristique; mais nous savons maintenant que le virus inoculé était emprunté à des chancres non infectants. Dans la théorie de M. Ricord, il y avait quelque chose de séduisant. On voyait un chancre apparaître après une inoculation ; on détruisait ce chancre, et l'on croyait, en détruisant le virus sur place, pouvoir prévenir l'infection générale. C'est là que gît toute la question de la méthode abortive de la syphilis : Y a-t-il oui, ou non, un accident local? Pour moi j'affirme qu'il n'y en a point. Quand un chancre apparaît, le sang est déjà infecté, et l'incubation indispensable à l'évolution de ce chancre est constante, quoique d'une durée variable.

M. Chassaignac nous a fait une objection. Pourquoi, dit-il, le chancre apparaît-il toujours dans une région déterminée?

Je ne pense pas que ce soit là une objection bien sérieuse. Est-ce que ce qui se produit dans l'inoculation du chancre ne s'observe pas dans la vaccination?

N'avons-nous pas dans les deux cas des symptômes généraux qui précèdent l'apparition du phénomène local?

On nous demande encore pourquoi, dans la rougeole, la scarlatine, etc., l'éruption n'apparaît pas tout d'abord sur les points par lesquels s'est opérée la contagion.

Mais savons-nous bien comment se fait la contagion de la rougeole et de la scarlatine? L'absorption du poison se fait-elle par un point déterminé?

Il ne faut pas combattre des faits évidents par des faits incompris.

La rage n'est-elle pas analogue à la vérole?

Eh bien, cette affection est remarquable par une incubation plus ou moins longue, et lorsqu'elle apparaît, on voit sur le point mordu apparaître des phénomènes locaux, tels que de la tension et de la douleur.

M. Ricord lui-même a été obligé de renoncer à soutenir que le chancre est un accident primitif. Il suffit, en effet, pour être convaincu que c'est là une erreur, d'observer que les indurations ganglionnaires se manifestent en même temps que le chancre et peut-être avant lui. Tous les syphilographes utilisent ce fait pour s'éclairer sur la nature d'une ulcération dont les caractères ne sont pas incontestables.

Je conclus donc qu'il n'y a plus d'accident primitif qui permette de détruire la vérole sur place.

M. CHASSAIGNAC. Je ne veux présenter qu'une observation et non une objection. Est-il bien démontré qu'il a une infection constitutionnelle celui qui est affecté d'un chancre? Je ne puis m'empêcher de reconnaître qu'il faut des conditions spéciales, puisque les pustules apparaissent dans un lieu inoculé, et qu'ensuite des accidents se manifestent à toute la surface du corps.

Si vous admettez une infection générale, comment expliquerez-vous que l'économie renvoie son infection sur un seul point et précisément sur celui qui a été contaminé? Je suis obligé de dire qu'il y a quelque chose d'extraordinaire; mais j'admets aussi que le chancre induré suppose déjà une infection générale antérieure de touto l'économie.

M. CULLERIER. Je constate d'abord que mon rapport n'a pas été en cause, il n'a pas été attaqué. Maintenant, pour entrer dans la discussion, je dis que je suis de l'avis de M. Guérin, et qu'avec lui je crois que le chancre induré est déjà la vérole.

Ainsi, la première incubation se passe entre l'inoculation et l'apparition du chancre; la seconde a lieu entre l'apparition de ce chancre et la manifestation des accidents secondaires.

Quand j'ai dit dans mon rapport : *accident primitif*, je me suis servi d'une expression généralement usitée et acceptée depuis longtemps; mais je ne voulais pas lui donner une extension qu'elle n'a pas.

Quant à l'objection ou plutôt aux remarques de M. Broca, je les trouve fondées. Je connaissais parfaitement les expériences de Rinecker, et j'ajouterai même à ce que M. Broca a dit que les pustules apparaissant autour du vésicatoire siégeaient sur une base indurée et que les ganglions correspondants étaient aussi devenus durs. Waller a fait les mêmes expériences.

Quant au fond de mon rapport, j'ai voulu seulement vous exposer l'état actuel de la science, sans vouloir vous donner de théorie.

M. HUGUIER. S'il fallait s'en rapporter à tout ce qui a été dit dans cette discussion, il en résulterait qu'il y aurait deux sortes de syphilis : l'une serait locale, l'autre générale, puisqu'il y a deux sortes d'incubation.

— Vu l'heure avancée, M. le président prononce la clôture de la discussion et met aux voix les conclusions du rapport, qui sont :

1° Des remercîments à MM. Langlebert et Viennois;

2° Le dépôt de leur mémoire dans les *Archives* de la Société.

Ces conclusions sont adoptées.

— Sur la proposition de M. le président, la Société renvoie le rapport de M. Cullerier aux *Bulletins* de la Société.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur de la peau. — M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une *tumeur énorme de la peau* que j'ai enlevée sur un des malades de mon service. Cette tumeur siégeait sur la partie antérieure do la poitrine, et son début remontait à la pre-

mière enfance. Elle avait la forme d'un bissac, et son volume était tel qu'elle descendait jusqu'au niveau du pubis. J'ai diagnostiqué une tumeur hypertrophique de la peau. Par la dissection, on voit que c'est une sorte d'éléphantiasis avec vrais lipomes dans quelques points et tissu dartoïque induré dans certains autres. Le pédicule de cette tumeur était large et renfermait des artères, branches de la mammaire interne, très-développées. La section de ce pédicule a été faite au moyen de l'écraseur linéaire.

Eschares au sacrum. — M. BROCA. L'on sait que Blandin avait annoncé le premier que les eschares au sacrum avaient pour conséquence d'ouvrir le canal rachidien, et de faciliter ainsi la propagation de l'inflammation dans ce canal. Ce fait, qu'A. Bérard avait voulu s'attribuer, je l'ai vérifié plusieurs fois. Ainsi, dans un cas, lorsque j'étais dans le service de Blandin, je faisais l'autopsie d'un amputé qui nous avait paru atteint d'infection purulente; mais nous ne trouvions pas dans le moignon la phlébite tant cherchée. Je désespérais de la voir, lorsque par hasard le sujet fut retourné. Je vis une eschare au sacrum; je voulus vérifier si l'inflammation s'était propagée dans le canal rachidien. Je constatai non-seulement cette propagation, mais encore une phlébite des veines sacrées qui venait fort à propos nous expliquer l'infection purulente.

Dans une autre circonstance, j'ai vérifié que l'eschare au sacrum avait amené une inflammation des méninges avec fausses membranes.

Enfin, je viens de faire une autopsie à Bicêtre, dans laquelle j'ai trouvé un fait assez curieux. L'eschare au sacrum avait produit une altération profonde de cet os, qui est ramolli et détruit dans certains points. Il n'y avait pas de méningite, mais congestion des veines du rachis.

— M. DEMARQUAY met sous les yeux de la Société les pièces anatomiques se rapportant au kyste de l'ovaire qu'il a enlevé récemment, et communique l'observation suivante, comprenant l'autopsie de cette femme morte quelques heures avant cette communication.

Kyste multiloculaire de l'ovaire, du poids de vingt kilogrammes, ayant son siége dans l'ovaire gauche. — Ovariotomie, 2 février 1861. — Péritonite causée par la rentrée du pédicule de la tumeur dans l'abdomen. — Mort soixante-douze heures après l'opération (1).

La nommée Molin (Eugénie), âgée de 19 ans, entre le 4 janvier

(1) Observation recueillie par M. Gentilhomme, interne.

1862 dans le service de M. Demarquay, pour y être soignée d'un kyste de l'ovaire. Cette jeune fille a toujours été bien portante jusqu'à il y a environ dix-huit mois. Vers le mois de mai 1860, elle commença à s'apercevoir que son ventre se tuméfiait. La tuméfaction, qui occupait surtout le flanc gauche, alla graduellement en augmentant sans causer de douleurs, et le ventre acquit rapidement un volume considérable.

La malade entra une première fois à la Maison de santé en février 1861. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire. La ponction fit voir qu'il était composé de plusieurs loges, et M. Demarquay fut obligé d'enfoncer trois fois le trocart pour le vider incomplétement. Le liquide retiré du kyste était opaque, épais et filant; l'une des loges possédait un contenu de couleur chocolat.

Après cette opération, qui ne détermina aucun accident, le ventre resta volumineux; mais il diminua un peu spontanément lorsque la malade fut sortie de l'hôpital, puis la maladie resta stationnaire jusqu'au mois d'août dernier. A cette époque, le volume du ventre augmenta de nouveau. Le liquide se reproduisit très-rapidement, et le kyste acquit bientôt le volume qu'il présente aujourd'hui, à l'entrée de la malade à l'hôpital (4 janvier). La circonférence du ventre au niveau de l'ombilic mesure cent six centimètres. A un deuxième examen, le 21 janvier, à la suite des règles, on trouve un peu d'augmentation, cent douze centimètres. A un troisième examen, le 24 janvier, jour du départ de la malade pour Saint-Germain, on ne trouve plus que cent dix centimètres.

Le kyste, indolent par lui-même, détermine des accidents sur les organes qui l'environnent, des troubles dans les fonctions digestives, des vomissements, des coliques, de la constipation. Toutefois ces phénomènes n'arrivent qu'accidentellement; d'ordinaire l'appétit est bon, les digestions faciles.

Les poumons sont refoulés en haut par la tumeur. La malade éprouve souvent des étouffements, surtout après les repas, quand la digestion est pénible.

Depuis deux mois les fonctions menstruelles, jusque-là très-régulières, sont gravement troublées. L'écoulement sanguin est presque nul à l'époque des règles, et pendant l'intervalle la malade a très-souvent des pertes peu abondantes.

La santé générale est encore assez bonne, mais il est facile de voir que la constitution est gravement débilitée. Avant le développement de son kyste, et même à l'époque de sa première entrée à l'hôpital, mademoiselle Eugénie possédait un embonpoint remarquable, un teint frais et rose, un système musculaire très-bien développé. Elle possé-

dait, en un mot, tous les caractères de la meilleure santé. Aujourd'hui elle a maigri beaucoup, elle a un teint pâle, des membres grêles, et cependant les fonctions digestives s'exécutent encore assez bien.

MM. Nélaton, Monod, Bourdon et Cazalis, consultés par M. Demarquay, ne voient qu'une seule ressource pour la malade, l'ovariotomie. En conséquence, elle est soumise à un traitement préparatoire consistant à prendre tous les jours un grain d'extrait d'arnica; et pour éviter autant que possible toutes les mauvaises chances résultant de l'insalubrité de Paris, la malade est envoyée à Saint-Germain et placée dans des conditions hygiéniques convenables.

Les premiers jours de son arrivée à Saint-Germain, notre malade n'éprouve pas de changement notable dans l'état de sa santé, mais à partir du jeudi 30 janvier, des accidents surviennent, le ventre se tend, augmente de volume. Les étouffements deviennent très-fréquents, la malade est forcée de garder le lit.

Le dimanche 2 février, jour de l'opération, elle est dans l'état suivant : prostration considérable, le pouls est petit et fréquent, la face est pâle, la langue est blanche et couverte d'un enduit épais, la soif très-vive, l'appétit nul; gêne de la respiration très-grande, étouffements continus.

Une partie de ces phénomènes doit être rapportée à l'émotion causée par les préparatifs de l'opération.

MM. Nélaton, Trousseau, Bourdon, Giraud-Teulon, Parmentier, Lepiez, médecin à Saint-Germain, et M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, assistent à l'opération.

M. Demarquay fait d'abord une incision verticale allant de l'ombilic au pubis, un peu à gauche de la ligne médiane, afin d'éviter la ligne blanche et l'ouraque, qui devient quelquefois très-volumineux dans les kystes de l'ovaire. Cette incision intéresse successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, la paroi antérieure de la gaîne du muscle grand droit. Le chirurgien refoule en dehors le bord interne du muscle, et incise la paroi postérieure de sa gaîne, et enfin le péritoine. A l'ouverture de cette séreuse il s'écoule environ un litre ou un litre et demi de liquide d'un jaune citrin. Après avoir fait cette large ouverture à la paroi abdominale, le chirurgien saisit le kyste qui se présente entre les lèvres de la plaie avec de fortes pinces et l'attire au dehors. Deux aides pressent sur les faces de l'abdomen et appliquent exactement les bords de la plaie sur le kyste, afin d'empêcher le liquide de s'épancher dans le péritoine.

Le kyste est vidé avec un gros trocart courbe semblable à une canule à trachéotomie, muni d'un tube en caoutchouc qui conduit le liquide dans un vase disposé au pied du lit pour le recevoir. Après

avoir retiré la canule, on applique une forte ligature à la fistule. Une deuxième poche se présente à la plaie, elle est vidée avec les mêmes précautions que la première; puis, une troisième et une quatrième. Le kyste en grande partie vide, le chirurgien introduit une main dans l'abdomen pour voir si la tumeur n'a pas contracté d'adhérences; n'en trouvant pas, il commence des tractions pour l'attirer au dehors; l'extraction est faite assez difficilement, mais sans accident, sans déchirure des parois du kyste ou des organes environnants.

On peut constater que la tumeur a son point de départ dans l'ovaire gauche; on applique immédiatement sur le pédicule une forte pince en forme de compas qui doit rester en place et arrêter l'hémorrhagie comme une ligature, en même temps qu'elle fixe la plaie du pédicule en dehors du péritoine.

On fait la section du pédicule au-dessus de la pince, on réunit la plaie abdominale avec des fils d'argent, et on applique pour pansement une compresse de flanelle imbibée d'eau de guimauve.

L'opération a duré de vingt à vingt-cinq minutes; le sommeil chloroformique a été maintenu pendant tout ce temps.

Avant l'opération, le chirurgien doit vider la vessie et se laver très-soigneusement les mains, afin de pouvoir les plonger dans le péritoine.

Pendant l'opération, un des plus graves accidents à redouter, c'est la déchirure des parois du kyste par les efforts de traction, accident d'autant plus à craindre que les enveloppes du kyste sont plus minces et sa masse plus considérable.

Le poids total du kyste, contenant et contenu, est de quarante livres. Le liquide que renferme le kyste a une couleur brune, analogue à du chocolat délayé dans l'eau; il a la consistance d'une décoction épaisse de gomme, il est gluant.

Le volume du kyste est énorme: la surface d'implantation du pédicule ne présente pas moins de vingt-deux centimètres de longueur. Sa forme est celle d'une masse arrondie, irrégulièrement bosselée. Il est constitué par deux parties principales, une molle et une dure : la première comprend deux grandes loges, entre lesquelles viennent se grouper un certain nombre de loges plus petites; les parois et les cloisons sont minces, transparentes et légèrement injectées; la partie dure, beaucoup plus petite que la première, occupe la partie inférieure; sa forme est arrondie et bosselée, sa consistance dure et charnue; elle est formée par un amas de petits kystes à parois très-épaisses, renfermant les uns un liquide clair, les autres un liquide laiteux.

Après l'opération, on fait prendre à la malade quelques cuillerées

de vin de Malaga. On prescrit pour la journée du thé chaud additionné de quelques gouttes de liqueur de la Chartreuse, et une pilule d'opium de 0,01 centigr. toutes les heures. A une heure du soir, deux heures après l'opération, la malade est dans un état satisfaisant, le pouls est à 110 pulsations. A trois heures, M. Lepiez note l'état suivant, que je transcris textuellement :

« Je trouve la malade endormie; au réveil elle ne se plaint d'aucune » façon. Le pouls est suffisamment large, régulier, à 80 pulsations; la » peau est chaude et en moiteur jusqu'aux pieds, le visage est coloré, » l'expression calme. — Prescription : Cesser l'opium, le thé et » l'élixir. Bouillon de poulet, tisane et eau de Seltz. »

A huit heures du soir, à la visite de M. Demarquay, l'état satisfaisant se prolonge.

Lundi 3 février. La malade va bien jusqu'à midi; à ce moment il survient un peu de ballonnement du ventre et un ou deux vomissements biliaires; mais ces accidents cèdent rapidement à l'administration d'un lavement, qui est suivi d'une selle et d'une abondante évacuation de gaz.

A huit heures du soir, elle est mieux; le pouls est fort, à 80 pulsations. Il ne ressemble pas au pouls de la péritonite; mais il est survenu dans la journée un accident qui va bientôt devenir le point de départ des complications les plus graves. Le pédicule du kyste se glisse entre les mors de la pince; il est encore retenu entre les lèvres de la plaie, où il donne naissance à un suintement sanguinolent.

Mardi 4 février. La nuit a été bonne, la malade va bien jusqu'à deux heures de l'après-midi; il survient alors un peu de ballonnement du ventre et des vomissements; comme la veille, ces accidents disparaissent de la même façon par l'administration d'un lavement. Le soir, à huit heures, M. Demarquay trouve la malade dans l'état suivant : l'expression du visage est bonne, il y a un peu de fièvre, le pouls est à 120 pulsations, un peu de ballonnement du ventre dans la région épigastrique, mais pas de sensibilité à la pression. La plaie abdominale ne donne plus de suintement comme hier; elle est recouverte par une croûte de couleur brune.

A minuit, une péritonite aiguë se déclare : douleur vive, ballonnement considérable du ventre, vomissements très-fréquents, agitation considérable.

A six heures du matin, 5 février, le pouls est faible et tellement fréquent qu'il est impossible de le compter. La face est grippée, les extrémités cyanosées; enfin la mort arrive à neuf heures du matin sans que la malade ait perdu connaissance un seul moment.

Autopsie, 6 février, à onze heures du matin. Les intestins sont distendus par des gaz; la cavité péritonéale renferme une grande quan-

tité de sérosité sanguinolente d'une odeur extrêmement fétide. Le pédicule du kyste est fortement revenu sur lui-même; sa longueur n'est que de quatre centimètres, ce qui explique parfaitement sa tendance à rentrer dans la cavité péritonéale. Son bord libre, serré par la pince, est noirâtre, flétri et comme gangrené; dans l'épaisseur du pédicule, on trouve une artère volumineuse ne contenant pas de sang ni de caillot obturateur, ainsi qu'on le démontre facilement en poussant une injection. C'est cette artère qui a donné issue à tout le sang contenu à l'autopsie dans le péritoine, lequel est devenu à son tour une des causes déterminantes de la péritonite.

M. BOINET. M. Demarquay a oublié de nous dire quel traitement il a fait subir à la jeune fille après l'opération. Les Anglais recommandent dans ce cas le vin et les opiacés.

M. DEMARQUAY. J'ai en effet employé ces divers moyens, et je dois examiner quelle a été la cause de la mort; j'en ferai part à la Société.

Désarticulation de la cuisse. — Autopsie. — M. DAUVÉ. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie une pièce anatomique relative à la désarticulation coxo-fémorale faite par M. le professeur Sédillot à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 17 août 1840.

L'observation de ce malade se trouve insérée dans les *Mémoires de médecine militaire* (volume XLIX, page 269). Elle donna lieu à un Mémoire de M. le professeur Sédillot sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, Mémoire présenté à l'Institut en 1840, et qui fut l'objet d'un rapport du baron Larrey dans la séance du lundi 3 janvier 1842.

Il s'agit d'un soldat du 7e de ligne nommé Rambourg, qui, à l'âge de vingt-cinq ans, fut atteint en juillet 1837, à la Roche Saint-Bernard, en Bretagne, d'une fracture comminutive du fémur compliquée de plaie aux parties molles de la cuisse droite, survenue à la suite d'une chute du premier étage d'une caserne. Deux jours après, à l'hôpital de Vannes, la cuisse offrait un raccourcissement de six centimètres, et le membre était recouvert de phlyctènes gangréneuses.

La fracture occupait la partie moyenne et antérieure de la cuisse; les topiques émollients et l'appareil de Scultet rendirent au membre sa longueur normale et rétablirent la coaptation régulière des fragments après cinquante jours de traitement. Mais l'inflammation gagna le bassin, des abcès nombreux se formèrent, il y eut issue d'esquilles et le genou fut menacé d'ankylose.

Pendant le transport du malade aux eaux de Bourbonne, une banquette de voiture tombant sur le genou droit brisa une seconde fois la cuisse au point où le cal s'était produit. Après une nouvelle con-

solidation, une troisième fracture eut encore lieu. De nouveaux abcès se formèrent, de nouvelles esquilles furent retirées; et après un long séjour à l'hôpital de Chaumont et à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert, le malade entra au Val-de-Grâce en octobre 1839.

Après avoir reconnu que la maladie remontait jusqu'à l'articulation, M. Sédillot se décida à faire la désarticulation de la cuisse le 17 août 1840, ayant pour aides MM. H. Larrey, Siess et Perrier. L'opération fut faite par la méthode à lambeau antérieur. Tout en coupant les parties molles de la face postérieure de la cuisse au niveau de la base du lambeau, M. Sédillot divisa le nerf sciatique plus haut que les téguments sur lesquels l'habile chirurgien fit glisser le couteau pour en conserver davantage. On appliqua vingt ligatures dans un tissu squirrheux, traversé par plusieurs fistules, et sillonné par d'anciennes cicatrices. Les parties latérales du moignon furent fixées par quelques points de suture entortillée. Les tissus engorgés se détergèrent insensiblement, et la guérison eut lieu cinquante jours après l'opération. Pendant l'opération, on constata les lésions suivantes : Ligament capsulaire épaissi, cavité cotyloïde d'une couleur brun foncé, replis synoviaux ecchymosés, ischion dénudé dans sa totalité, noirâtre, comme éburné; cal difforme siégeant à la partie moyenne du fémur, ostéite raréfiante occupant toute la tête du fémur.

Après sa guérison le malade fut admis aux Invalides, où il vécut pendant vingt-deux ans. Dans les premiers temps de son admission il se servit d'une sellette, puis d'un membre entier composé de quatre branches de fer qu'il trouva trop lourd, et qu'il simplifia lui-même en le réduisant à deux branches. Avec cette jambe et une béquille, Rambourg était fort agile. Il pouvait au besoin s'en passer pour de petites distances, et un béquillon lui suffisait; monteur de meubles sur cuivre, il travaillait constamment debout. Il jouit pendant vingt-deux ans d'une santé excellente en apparence; cependant des douleurs atroces se faisaient sentir à de courts intervalles dans le moignon et surtout à la partie externe, au point le plus exposé au frottement du membre mécanique. Il calmait ces douleurs en s'enivrant avec de l'eau-de-vie; il abusait aussi des rapports sexuels.

Enfin le 25 janvier, à la suite d'excès alcooliques, il entra dans les salles de M. Faure pour y être traité d'une entérite aiguë. Deux jours après il fut pris d'un délire furieux, et mourut avec tous les symptômes d'une méningite aiguë le 28 janvier.

Le 29 au matin, l'autopsie fut faite par M. Dauvé sous les yeux de MM. Faure et Thomas, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital. La pièce a été préparée par MM. les docteurs Dauvé et Mourlon.

Le cadavre étant couché sur le dos, et les épaules placées sur le même plan, la hanche droite est un peu plus élevée que la gauche. En retournant le cadavre, on voit une légère déviation à droite de la colonne lombaire et de la crête sacrée.

A l'inspection du moignon, on reconnaît le procédé employé pour la désarticulation. Le lambeau antérieur est considérablement rétracté, car il n'a pas plus de huit centimètres depuis l'arcade crurale jusqu'au point médium de la convexité de la cicatrice. On doit se rappeler que l'état des parties molles n'a pas permis à M. Sédillot de le tailler plus long. On pourrait croire à l'existence d'un petit lambeau postérieur, car la cicatrice est un peu antérieure. Ce fait résulte du soin qu'a eu l'habile professeur de faire glisser le couteau sur les téguments postérieurs de la cuisse, afin de les couper plus bas que le nerf sciatique.

On remarque sur le lambeau antérieur trois cicatrices ponctuées adhérentes, résultat des anciennes fistules. Au point le plus interne de la cicatrice de l'opération, on voit deux points où la peau adhère à la branche ascendante de l'ischion. Dans ces points la peau est mince, blanchâtre et humide. Il n'y a pas de fistules, et cette humidité tient au voisinage des bourses et à la sécrétion des glandes sudoripares de cette région. Dans sa plus grande convexité, la cicatrice présente une particularité remarquable. Après l'incision de la cicatrice cutanée, on détache facilement les deux lambeaux dans une hauteur de deux centimètres et sur une longueur de sept centimètres. Cette gouttière semble tapissée par une membrane muqueuse, et ressemble à une bourse muqueuse d'une forme particulière. Enfin le point le plus froncé et le plus adhérent de cette grande cicatrice se trouve sur le corps de l'ischion, entre la tubérosité sciatique et la cavité cotyloïde, un peu en dehors du trou sous-pubien.

La dissection du moignon fait voir une énorme couche de tissu fibro-graisseux dans lequel sont perdus les vaisseaux, les nerfs, et ce qui reste des muscles. Le tissu musculaire a subi la dégénérescence graisseuse, et on trouve à peine quelques fibres pâles et décolorées dans les muscles de la partie antérieure de la cuisse, dans ceux de la fesse, et enfin dans les psoas. Pour chaque tissu en particulier, on trouve les caractères cicatriciels si bien décrits par M. l'inspecteur F. Hutin, dans son Mémoire couronné sur les cicatrices.

L'artère iliaque externe et la fémorale ont subi une notable diminution dans leur calibre. La partie inférieure de la fémorale se termine par un cul de sac filiforme se confondant avec le tissu fibreux de la cicatrice principale. Un caillot fibreux blanchâtre et en forme de tire-bouchon se montre sur le bout inférieur de l'artère et remonte jusqu'à la première collatérale.

La veine fémorale a de même dimiuué de volume et se termine au même point que l'artère, un peu au-dessus de la tubérosité sciatique et à la partie externe du trou sous-pubien. Tout l'ischion est revêtu d'un tissu fibreux très-épais et criant sous le scalpel. Ce tissu est plus dense encore au point où se terminent les vaisseaux sur le corps de l'ischion, dans l'endroit le plus adhérent de la cicatrice. C'est vers ce point que convergent les nerfs crural et sciatique.

Le nerf crural avec toutes ses divisions vient former un faisceau aplati qui se perd dans le tissu inodulaire de la cicatrice. Malgré une dissection attentive, les filets nerveux ou plutôt fibro-nerveux n'ont pu être suivis à travers la cicatrice. Au côté externe de l'inodule vient s'accoler un renflement du volume d'un œuf de pigeon. Ce renflement est la terminaison du nerf grand sciatique. Il se trouve sur le bord externe du corps de l'ischion, et à quatre centimètres du point où le nerf sort de la grande échancrure sacro-sciatique. Ce bulbe nerveux était par sa position exposé aux violences extérieures et au frottement du membre artificiel. C'est aussi à cette région que le malade rapportait les atroces douleurs qu'il ressentait si souvent. Le nerf crural placé plus haut et plus en dedans ne s'est terminé par aucun renflement. Les sections nerveuses exposées à la pression des appareils prothétiques sont-elles plus souvent hypertrophiées que les sections placées en dehors de cette pression? Plusieurs autopsies de moignons de bras et de jambes négatives poúr cette opinion ne permettent pas de la poser à l'état de règle. Ce n'est pas ici le lieu de discuter, dans une note aussi courte, la théorie du baron Larrey sur les anses nerveuses et sur les réunions des sections des nerfs de différente origine; il suffira de dire que M. Richet a vu chez un amputé de la cuisse le nerf sciatique uni à une grosse branche du nerf crural par une cicatrice de trois centimètres. Dans ce fait, comme dans celui de Rambourg, la simple inspection n'a pu faire constater la présence des fibres nerveuses dans la cicatrice de réunion.

L'anomalie la plus curieuse existe sans nul doute dans la partie osseuse de la pièce. Le cadavre ayant été réclamé, le bassin entier n'a pu être conservé, et, pour les mesures comparatives, le bassin d'un sujet de même taille a été employé.

On a vu déjà qu'il existait une courbure dans la colonne lombaire, et une déviation du sacrum du côté droit, et que la hanche droite était sensiblement plus élevée que la gauche.

La pièce démontre que la symphyse pubienne et l'axe du sacrum ne sont pas dans le même plan vertical; l'axe sacré est légèrement dévié à droite. La mensuration a donné les résultats suivants dans la comparaison de la pièce avec le bassin d'un squelette de même taille.

	Pièce.	Squelette.
Diamètre sacro-pubien.	9 centim.	10 centim. 5
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la partie moyenne de l'angle sacro-vertébral.	12	13
Des promontoires à la tubérosité ischiatique.	14	15

La distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis est la même sur les deux pièces.

La différence dans les lignes fictives comparées ci-dessus confirme la déformation apparente du bassin.

L'épine iliaque antérieure et supérieure étant plus rapprochée du sacrum, la fosse iliaque interne est plus excavée, et la concavité antérieure de la fosse iliaque externe est remplacée par une surface plane.

Les trois premières pièces du sacrum forment une surface plane, et les deux dernières soudées au coccyx offrent une courbure exagérée, courbure qui occasionnait de fréquentes difficultés dans la défécation.

La cavité cotyloïde présente à peu près les mêmes diamètres externes que celle du squelette. Des trois échancrures, l'inférieure seule est apparente. Après avoir enlevé la graisse et le tissu cellulaire qui recouvrent cette cavité, et qui occupent un demi-centimètre de sa profondeur, on arrive sur un tissu fibro-graisseux très-dense, d'une couleur blanc nacré. Un coup de scie partage la cavité en deux parties. Le tissu fibreux qui remplit l'ancienne cavité en a conservé à peu près la forme. Vers son centre, il a un centimètre et demi d'épaisseur. Il semble se continuer sans ligne de démarcation avec le tissu spongieux du fond de la cavité cotyloïde. Ce tissu spongieux a deux centimètres d'épaisseur; il est jaunâtre, et contient une énorme quantité de graisse.

L'épaisseur du tissu osseux n'existe pas seulement au fond de la cavité cotyloïde; toute la partie inférieure de l'os iliaque et l'ischion tout entier sont augmentés de volume. Cet épaississement tient sans nul doute au travail de réparation qui s'est fait dans ces parties osseuses dont la maladie avait été constatée pendant l'opération.

On peut ainsi résumer les points importants de cette autopsie :

1° Formation de tissu fibro-graisseux dans les deux tiers de la cavité cotyloïde; épaississement osseux du fond de cette cavité;

2° Déformation du bassin;

3° Hypertrophie nerveuse de l'extrémité du nerf grand sciatique.

La déformation du bassin doit tenir à plusieurs causes. Si la hanche

droite est plus élevée que la gauche, on peut en trouver la cause dans l'inclinaison habituelle du corps à gauche pour chercher un point d'appui naturel sur le membre restant ; si le sacrum et le coccyx sont déviés à droite, je crois pouvoir en trouver la raison dans l'habitude qu'avait l'amputé de s'appuyer sur la cuisse et l'ischion du côté sain ; si enfin l'os iliaque droit est rapproché de l'angle sacro-vertébral, outre l'appui sur l'ischion droit du membre artificiel, on peut aussi invoquer le défaut d'antagonisme des muscles qui s'insèrent à l'os iliaque. En effet, les muscles de la fesse et du bassin ont perdu leur point d'insertion au fémur, tandis que ceux de l'abdomen et du dos ont conservé leur action.

Les douleurs ressenties par le malade à la région externe du moignon étaient peu sensibles dans les premières années qui ont suivi la désarticulation ; ce n'est guère que vers l'année 1848 que les douleurs devinrent intolérables. Ne pourrait-on les attribuer au développement du renflement nerveux du nerf sciatique et à sa position superficielle? M. le professeur Sédillot voulait sans nul doute éviter cet accident, quand il coupa le sciatique plus haut que les téguments postérieurs. Il serait possible ici de remettre en lumière l'opinion de M. Verneuil, qui voulait, dans les amputations et surtout dans la tibio-tarsienne, réséquer les nerfs aussi haut que possible dans le lambeau sur lequel le membre devait s'appuyer.

Afin de voir jusqu'où le sciatique pourrait être coupé, j'ai répété sur le cadavre l'opération faite par M. Sédillot sur le nommé Rambourg, c'est-à-dire l'amputation de Manec à lambeau antérieur. Après avoir incisé la capsule articulaire, luxé le membre, coupé le ligament rond et incisé toutes les fibres qui retenaient encore le fémur à la cavité cotyloïde, je coupai de dedans en dehors toutes les parties molles de la partie postérieure du membre au niveau de la base du lambeau, en essayant dans le même temps de diviser le nerf sciatique aussi haut que possible, et de tailler un petit lambeau en ramenant obliquement en bas mon couteau pour le faire sortir à deux centimètres au-dessous de la section nerveuse. En appliquant les parties molles postérieures sur l'ischion, je m'aperçus que l'extrémité du nerf sciatique remontait sur le bord externe de l'os ; et je pense que la rétraction considérable subie plus tard par le lambeau antérieur doit ramener l'extrémité nerveuse au point où le soulèvement artificiel des parties molles postérieures me l'a fait voir.

Je n'ai pu couper plus haut le nerf dans le dernier temps de l'opération, et si, avant de terminer la section des parties molles postérieures, on veut dans un temps supplémentaire porter plus haut la pointe du couteau, on blesse à coup sûr les vaisseaux nombreux qui

sortent par les deux échancrures sacro-sciatiques, et qui, par leur position profonde, sont très-difficiles à lier. Mais il est facile, l'amputation terminée, de saisir le nerf avec des pinces, de le disséquer jusqu'au niveau de la grande échancrure sacro-sciatique, et de le réséquer en ce point au-dessous du tendon apparent du pyramidal qui s'est rétracté. De cette façon, j'ai pu avec des ciseaux retrancher cinq centimètres du nerf grand sciatique.

Je terminerai cette note par une question que l'expérience seule pourra décider. La résection de l'extrémité du nerf grand sciatique au niveau de la grande échancrure sacro-sciatique peut-elle empêcher cette extrémité nerveuse de venir se réunir à la cicatrice au devant de l'ischion, et de causer par sa position superficielle et par son hypertrophie consécutive des douleurs intolérables?

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 12 février 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Chirurgie réparatrice. — Rhinoplastie; uranoplastie; fistule vésico-vaginale; staphylorrhaphie. — M. Verneuil. La Société a reçu dans ces derniers temps une série de communications intéressantes relatives à la chirurgie réparatrice. Deux points surtout méritent une attention spéciale :

1° La conservation du périoste à la face profonde des lambeaux autoplastiques, pour assurer leur solidité et rendre permanente la configuration des organes restaurés; en d'autres termes, l'ostéoplastique introduite récemment dans la pratique par les belles recherches de M. Ollier (de Lyon) sur les greffes osseuses;

2° L'emploi des sutures métalliques, qui tend à se généraliser de plus en plus, et qui, en dépit d'objections peu sérieuses, réalise par la réunion immédiate un progrès marqué.

A la première idée se rapporte une belle observation de *rhinoplastie avec lambeaux périostiques et osseux*, communiquée déjà à l'Académie des sciences par M. Ollier, mais que ce chirurgien nous a adressée

avec tous ses détails ; puis un mémoire très-intéressant d'un de nos associés étrangers les plus justement célèbres, le docteur B. Langenbeck (de Berlin). Ce travail traite de *l'uranoplastie avec conservation du périoste de la voûte palatine ;* il comble une lacune de la médecine opératoire, car on y trouve plusieurs observations dans lesquelles on a pu fermer heureusement le vaste hiatus du plafond buccal, tel qu'on l'observe dans la *gueule-de-loup*.

Au second point se rattache une brochure de M. Letenneur (de Nantes), travailleur infatigable et qui honore singulièrement notre chirurgie de province. Il s'agit d'une staphylorrhaphie pratiquée avec succès à l'aide des sutures métalliques, ce qui fournit à l'auteur l'occasion de préconiser fortement, d'après son expérience, ce mode de réunion. Enfin, c'est de la province également que nous parvient une observation inédite de fistule vésico-vaginale opérée et guérie par l'un des procédés américains, dans lesquels les fils d'argent jouent, comme on le sait, un rôle si favorable et si bien prouvé.

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de toutes ces richesses ; mais une seule séance n'y suffirait pas : je vais donc commencer par la rhinoplastie, et j'exposerai avec quelque étendue divers procédés nouveaux, dont un est resté inédit.

Je compte trois procédés distincts :

1° La rhinoplastie fronto-nasale par glissement, avec ostéoplastie. — M. Ollier.

2° La rhinoplastie à deux lambeaux latéraux géno-maxillaires, avec ostéoplastie. — M. Nélaton.

3° La rhinoplastie à trois lambeaux, l'un frontal, les deux autres latéraux géno-nasaux, par la méthode dite à double plan ou à lambeaux superposés, sans ostéoplastie. — MM. Ollier et Verneuil.

Il est permis de croire qu'en modifiant, en combinant et en perfectionnant ces trois procédés, on parviendra à faire revivre la rhinoplastie totale, aujourd'hui presque complétement abandonnée, par suite des résultats défectueux donnés par les procédés anciens.

Je commence par rapporter l'observation de M. Ollier, sans changer un mot à la rédaction de l'auteur : c'est vous proposer implicitement d'insérer textuellement dans nos Bulletins ce fait important.

Application de l'ostéoplastie périostique et de l'ostéoplastie osseuse à la restauration du nez. — Louis P..., garçon boulanger, âgé de vingt ans, né à Chambéry, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 octobre 1860. Ce jeune homme n'a jamais été bien portant dès sa première enfance ; il a eu des ulcérations sur la face et dans l'intérieur du nez ; il est très-dur d'oreille, et cet affaiblissement de l'ouïe du côté droit remonte à l'âge de trois ou quatre ans.

Depuis cinq ou six ans l'ouïe diminue de plus en plus des deux côtés ; le nez s'enfonce, et la difformité de la figure augmente toujours. On voit sur la joue gauche une vaste cicatrice de lupus , et le pourtour des narines est le siége de fréquentes éruptions pustuleuses. Il n'a jamais eu de chancre ni d'autres affections vénériennes : son père a eu la syphilis constitutionnelle avant son mariage.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la figure a un aspect repoussant; la saillie nasale est remplacée par une dépression au fond de laquelle on voit les vestiges cutanés et cartilagineux du nez ; les narines sont rétrécies; la respiration est gênée considérablement. Il s'exhale des narines une odeur fétide , il en suinte parfois une sanie purulente; les dents supérieures sont presque toutes altérées. L'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur est très-gonflée, et les gencives sont percées de plusieurs trajets fistuleux.

Ces lésions des parties molles et du squelette de la face indiquaient une affection scrofuleuse profondément enracinée ; mais le développement des accidents dès la première enfance et l'existence de la syphilis chez le père me firent croire à une syphilis congénitale. Je lui prescrivis en conséquence un traitement par l'iodure de potassium, l'iodure de fer, les amers et l'huile de foie de morue.

Après avoir suivi ce traitement pendant sept mois, il revint à Lyon le 27 mai. L'état des os et de la face s'était amélioré au point de vue de leur nutrition ; les fistules gingivales étaient fermées ; il n'y avait plus de portion osseuse en suppuration ; l'état général était bon. Mais les os de la face avaient suivi leur mouvement de retrait , et le nez disparaissait de plus en plus , aspiré en quelque sorte dans les fosses nasales. Il était urgent d'opposer une barrière à cette rétraction. Je fis cependant suivre encore au malade un traitement général pendant près de deux mois. On s'occupa en même temps de dilater les narines et de relever les parties molles qui n'étaient pas invariablement fixées par le tissu inodulaire. La racine de gentiane et l'éponge préparée furent employées à cet effet ; mais on n'obtint un effet sensible que sur les narines, que l'on ramena presque à leurs dimensions normales.

Voici l'état exact des parties quand nous décidâmes l'opération (3 juillet).

La pointe du nez se trouve à 12 millimètres en arrière d'une ligne tirée entre la bosse frontale moyenne et le bord libre de la lèvre supérieure. Les narines, au lieu de regarder en bas et de se trouver sur un plan horizontal , sont verticales, regardent en avant et un peu en haut.

La surface du nez est sillonnée par des plis profonds , irréguliers, solidement fixés aux parties sous-jacentes par des brides inodulaires.

On reconnaît la trace des anciennes ulcérations qui ont sillonné la peau. Récemment encore il s'y produisait de temps en temps des éruptions pustuleuses. Ces brides cicatricielles se rétractent de jour en jour, et rapetissent le nez de plus en plus. Les os propres, au lieu d'être dirigés en bas et en avant, sont dirigés en bas et en arrière, attirés comme les parties molles vers les fosses nasales. Cette direction rend compte de la dépression que nous avons signalée, et que la saillie des yeux fait ressortir encore davantage, en donnant à la physionomie un aspect étrange. Vu de face, le nez présente les ouvertures des narines séparées par la sous-cloison qui persiste encore, mais qui est réduite à une languette de peau. Le regard ne peut pas pénétrer plus avant dans les fosses nasales, le rebord des narines étant appliqué contre le pourtour osseux de ces cavités; on voit cependant que la cloison est détruite.

L'état général est bon ; le traitement par l'iodure de potassium et les ferrugineux paraît avoir enrayé la cause qui entretenait les lésions osseuses. Nous pratiquons l'opération le 17 juillet, avec l'assistance de M. Delore, chirurgien en chef désigné de la Charité.

De la ligne médiane du front, à 4 centimètres au-dessus des sourcils, nous faisons partir deux incisions, une de chaque côté, dirigées en bas et en dehors jusqu'au niveau de l'attache des ailes du nez. Ces deux incisions, passant à 6 millimètres de l'angle interne des yeux, sont alors dirigées un peu en dehors, descendent jusqu'au niveau des ailes du nez, et se prolongent en bas parallèlement à ces ailes, dont elles sont éloignées de 6 à 8 millimètres. Nous avons ainsi un lambeau en V à sommet supérieur, ayant 12 centimètres de hauteur et 7 (1) de base. Dans la portion frontale du V, nous avons soin d'inciser toutes les parties molles jusqu'à l'os, et nous détachons ensuite notre lambeau dans toute son étendue.

Au front, nous disséquons jusqu'à l'os, c'est-à-dire que nous laissons le périoste adhérent à la face profonde du lambeau. Cette dissection est assez facile, le périoste se trouvant moins adhérent qu'à l'état normal. Arrivé au niveau des os propres du nez, nous procédons autrement, et nous avons soin de leur laisser leur périoste, ainsi qu'aux apophyses montantes des maxillaires supérieurs. La dissection devient alors difficile, à cause des fortes adhérences fibreuses qui fixent la peau du nez aux saillies et aux dépressions osseuses sous-

(1) Il n'y a pas en réalité 7 centimètres entre les points extrêmes des deux branches du V; cette mesure indique le trajet d'une ligne suivant les sinuosités de la base du nez.

jacentes. C'est au niveau des sillons profonds que ces brides sont le plus difficiles à détacher.

En certains points la peau est elle-même transformée en tissu inodulaire. Nous pouvons cependant, en procédant avec précaution, la détacher dans tout le pourtour des fosses nasales, sans interrompre sa continuité.

Cette dissection achevée, nous avons un vaste lambeau cutané tenant à la peau du reste de la face par trois points : les ailes du nez en dehors, la sous-cloison au centre. On peut alors explorer avec plus de facilité les fosses nasales, et on reconnaît que ces fosses sont presque oblitérées par le retrait et l'épaississement de leurs parois. Il n'y a plus de cloison ; on ne distingue plus de cornets : au milieu est une légère saillie donnant au toucher une sensation de crépitation papyracée; nous le perforons, et nous tombons dans une cavité close du volume d'une petite noix, pleine de mucus. Au fond des fosses nasales existe, pour le passage de l'air, un canal unique, de la dimension de 7 ou 8 millimètres.

Ces changements sont dus à la disparition du vomer, des cornets, au rapprochement consécutif des maxillaires, ou plutôt à l'épaississement de ces os et de la muqueuse qui les recouvre. Quant au pourtour des fosses nasales, nous le voyons dans un état tel que nous craignons un instant de ne pas pouvoir trouver de support osseux suffisant. La direction des os propres du nez en bas et en arrière ne nous permet pas de songer à détacher par un trait de scie le rebord osseux, pour l'abaisser ensuite en totalité en avant et en bas.

L'os propre du côté gauche était presque tout à fait détruit, il ne nous restait que l'os propre du côté droit, épaissi et soudé avec l'apophyse montante du même côté. Nous dûmes alors nous contenter d'un support unilatéral, et voici comment nous l'avons obtenu :

Nous détachons avec un petit ciseau un lambeau osseux de 35 millimètres de long, comprenant tout l'os propre du nez à droite et une portion de l'apophyse montante. Cette section, qu'on serait très-incertain d'obtenir à l'état normal, a été facilitée par la soudure de ces deux os et par leur friabilité, suite de l'ostéite dont ils avaient été autrefois le siége. Nous eûmes ainsi un lambeau osseux tenant au reste du squelette par son périoste en dehors et par le périoste doublé de la muqueuse en dedans; ces deux ponts périostiques lui servaient de soutien et devaient assurer sa nutrition. Nous l'infléchîmes en bas, de manière que, sa base restant fixée par les ponts périostiques, sa pointe fût dirigée en avant et un peu en dedans jusqu'à la ligne médiane. Mais dans le temps suivant de l'opération, nous lui trouvâmes d'autres supports.

Le lambeau triangulaire cutané, ayant été pris dans de grandes proportions, nous permit d'étoffer le nouveau nez et de lui donner un volume plus qu'ordinaire; mais avant de le fixer nous achevâmes de disséquer quelques adhérences qui tenaient le lambeau plissé sur lui-même, et nous réunîmes la plaie frontale en mobilisant latéralement ses bords, de manière à pouvoir les faire glisser l'une vers l'autre et à les maintenir par cinq points de suture métallique.

Nous nous occupâmes alors d'assurer la forme du nez : pour cela, nous repliâmes d'abord le lambeau sur lui-même, dans le sens vertical, de manière à refaire la saillie du dos du nez et à mettre en contact réciproque les deux moitiés verticales du lambeau périostique. Ceci nous paraissait très-important au point de vue de la forme d'abord, et ensuite au point de vue de l'ossification du lambeau périostique, qui risquait d'être empêchée par l'exposition à l'air et la suppuration de sa face profonde.

Pour fixer le pli, nous le traversâmes un peu au-dessus de sa partie moyenne par une épingle que nous arrêtâmes au moyen de deux petits morceaux de diachylon faisant l'office de chevilles. Quant au lambeau osseux, nous le dirigeâmes de manière que sa pointe fût reçue dans l'extrémité inférieure de ce sillon vertical. Sa surface externe se trouva alors en rapport avec la face profonde du lambeau cutané.

Pour l'empêcher de remonter, nous passâmes un fil de fer très-fin autour d'une petite dentelure qui était près de sa pointe. Le fil fut passé à travers la narine correspondante. Alors il ne restait qu'à fixer la pointe et le pourtour du lambeau cutané. La pointe fut fixée au niveau de la ligne des sourcils, dans l'angle rentrant formé par le rapprochement des lèvres de la plaie frontale, c'est-à-dire à 4 centimètres plus bas que le point d'où elle avait été détachée.

Pour la réunion des parties latérales, nous fûmes obligés de disséquer la peau des joues, afin de lui permettre de glisser et d'arriver sans tiraillement jusqu'au contact des bords du nez. Puis, comme nous avions à craindre que les tissus en se retirant ne vinssent à tirailler le nez et à l'aplatir, nous passâmes une grosse épingle de 11 centimètres à travers les joues, à 20 millimètres en dehors de la ligne de réunion, comme on le fait pour le bec-de-lièvre compliqué, lorsque le rapprochement est difficile. Cette épingle passait sous le lambeau nasal sans le traverser. Nous plaçâmes à chaque extrémité un morceau de liége. Son action fut très-satisfaisante, car, en rapprochant les joues, elle fit cesser tout tiraillement du lambeau nasal. Cela fait, nous appliquâmes quinze points de suture métallique au pourtour du

nez, et nous eùmes alors la satisfaction d'avoir devant les yeux une figure complétement métamorphosée.

Les narines étaient devenues horizontales, la pointe du nez faisait une saillie de 2 centimètres sur la lèvre supérieure, et cette excavation hideuse de la région était remplacée par un nez saillant et volumineux, un peu épaté vu de face à sa partie moyenne, mais bien accusé de profil.

Nous plaçâmes alors dans chaque narine un tube fait avec du fil de fer étamé, roulé en spirale, et nous appliquâmes un premier pansement, que nous fîmes arroser d'eau froide de temps en temps.

Le jour et le lendemain de l'opération se passèrent bien; le malade souffrait un peu au niveau du nez, mais il disait que depuis longtemps il n'avait pas eu la tête aussi libre. Il éprouvait depuis deux ou trois ans une sensation de lourdeur et souvent de pénibles douleurs dans cette région.

Le 19, premier pansement; bon aspect du lambeau, un peu tuméfié sur ses bords, mais de la même température que les parties voisines. La circulation ne s'y fait pas encore librement, mais rien ne nous fait craindre la gangrène. Pouls à 84.

Le lendemain et les jours suivants, les paupières s'œdématient successivement, à gauche d'abord, à droite ensuite. Le gonflement est porté assez loin pour empêcher complétement la vision. État général excellent; pas de céphalalgie.

Le 22, je retire la grosse épingle qui rapproche les joues; la nutrition du lambeau n'inspire aucune crainte.

Le 24, le gonflement des paupières a complétement disparu. Bon aspect des bords de la plaie, qui paraît réunie en grande partie. Coloration tout à fait normale. Il s'écoule un peu de pus par les narines; pas de douleurs; pas de menaces de perforation au niveau de la pointe du lambeau osseux.

Le 26, je commence à enlever quelques points de suture. La plaie frontale est complétement réunie; le bord gauche du lambeau nasal est mieux réuni que celui du côté droit. Il y a un peu de rougeur et de tuméfaction au niveau de l'angle interne des yeux.

Le 29, deux petits abcès se sont formés au niveau de cette tuméfaction. Celui de droite se vide dans la plaie externe, celui de gauche dans les fosses nasales.

A partir de ce moment, plus de douleurs, pas le moindre accident dans la cicatrisation. Un jour nous eûmes crainte de l'érysipèle, mais après un pansement au sulfate de fer toute rougeur disparut.

Il n'est sorti aucun fragment osseux par les fosses nasales. On maintient toujours les narines béantes par les spirales en fil de fer.

Le nez ne s'affaisse pas. Vers la quatrième semaine, il perdit un peu de sa saillie; le support osseux s'inclina légèrement à gauche; mais à partir de ce moment il ne se dévia plus. En pressant avec le doigt, on le sentait solidement fixé.

Le malade sortit de notre service le 10 septembre, mais il resta en ville jusqu'au 1er octobre; il venait se faire observer tous les jours à l'Hôtel-Dieu.

A la date du 28 septembre (jour où le moule a été pris), il présentait l'état suivant :

Tout est cicatrisé à l'extérieur et à l'intérieur, autant qu'on peut en juger à travers les narines. Le lambeau osseux s'est greffé en entier. Le gonflement qui avait longtemps persisté au niveau de l'angle interne des deux yeux a disparu ; il ne reste qu'un peu de rougeur et un peu de sensibilité à droite à la pression. On sent le lambeau osseux à travers la peau. Il s'est, comme nous l'avons déjà dit, un peu affaissé depuis l'opération, c'est-à-dire que sa pointe, au lieu de regarder directement en avant, s'est un peu infléchie à droite ; mais elle est actuellement solidement fixée. Le nez fait une saillie de 14 millimètres sur son point d'attache à la lèvre supérieure ; il est régulier, en faisant toutefois un peu plus de saillie à droite, au niveau de la base du lambeau. La circulation s'y fait bien; la peau a partout conservé sa sensibilité. Le lambeau osseux lui forme un soutien solide; quant à la partie du lambeau cutané qui était doublée du périoste frontal, elle durcit de jour en jour, et bien qu'on ne puisse pas certifier encore qu'il y ait une lame osseuse continue, on n'explique cette résistance que par la présence d'un tissu en voie de s'ossifier.

Le procédé que M. Ollier a employé consistait essentiellement à faire glisser de haut en bas un triangle cutané emprunté au front et au dos du nez enfoncé. Le périoste et la portion osseuse mobilisée formaient la doublure solide ou solidifiable de ce lambeau à sommet supérieur, à base inférieure, compris entre deux incisions divergentes : c'était une sorte de procédé de Wharton Jones appliqué au nez; mais cette manière de faire serait inexécutable si le lobule était complétement détruit. Dans un cas de ce genre, sur lequel je ne puis fournir d'autres détails que ceux d'une communication orale, M. Nélaton a pris deux lambeaux latéraux sur la région interne des joues, par conséquent de chaque côté de la brèche terminale du nez. Ces lambeaux trapézoïdes, à pédicule supérieur, à base inférieure sinueuse, pour reproduire le contour inférieur des ailes du nez et du lobule, comprennent toute l'épaisseur des parties molles avec le périoste inclusivement. On les réunit sur la ligne médiane par leurs bords internes, et en

leur faisant faire un angle saillant en avant pour rétablir l'arête du dos du nez. Leur migration, qui n'exige qu'un simple déplacement sur leur grand axe, laisse sur les côtés du nez nouveau deux surfaces formées par les os maxillaires supérieurs partiellement dénudés de leur périoste. La lamelle osseuse ainsi dépouillée peut devenir le siége d'une exfoliation superficielle ; mais, dans tous les cas, la cicatrice secondaire qui doit s'y former nécessairement n'a aucune action mécanique sur les lambeaux devenus médians; elle ne peut les entraîner en dehors, et leur faire reprendre leur position première. Si le périoste qui double les deux pièces cutanées peut se solidifier, les deux faces latérales du nez prendront de la consistance, et, gardant d'une manière permanente l'inclinaison réciproque qu'on leur a donnée, rétabliront d'une manière heureuse la forme du promontoire nasal.

Nous avons de notre côté cherché à perfectionner la rhinoplastie à l'aide d'un procédé très-simple, qui, combiné avec les précédents, avancera peut-être la réalisation de la rhinoplastie totale. Nous voulons parler d'une application de la méthode autoplastique dite *à double plan ou à lambeaux superposés*.

Nous dirons brièvement dans quel cas nous avons opéré de la sorte : un malade s'était autrefois tiré un coup de pistolet dans la bouche; la balle, montant verticalement, avait défoncé la voûte palatine derrière les incisives, puis labouré et détruit les parties antérieures de la cloison nasale, presque tout le dos du nez, les os propres, les apophyses montantes en grande partie, l'épine du frontal et la paroi antérieure des sinus frontaux. La large gouttière ouverte en avant, que le projectile avait ainsi tracée, respectait le lobule et les ailes, mais elle remplaçait toute l'arête nasale, et se prolongeait à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la glabelle. La guérison avait eu lieu; la perforation palatine s'était lentement fermée, et la grande tranchée verticale s'était elle-même rétrécie et cicatrisée, on laissant toutefois un trou béant qui donnait accès dans la cavité nasale gauche. Il y a quatre ans, un chirurgien très-habile, M. Pitha (de Prague), avait bouché ce trou à l'aide d'un lambeau pris sur la ligne médiane du front.

Lorsque le malade vint réclamer mes soins, il n'y avait plus de plaie depuis bien longtemps ; mais la difformité était encore si choquante que ce malheureux portait toujours une plaque métallique sur le milieu du visage, pour masquer la profonde dépression qui occupait l'emplacement de son nez. Le lobule et les ailes n'étaient pas moins difformes ; ils étaient considérablement aplatis et étalés, et faisaient à peine une saillie d'un centimètre au-dessus du plan de la lèvre su-

périeure. Depuis la limite supérieure du lobule jusqu'au tiers moyen du front, existait une gouttière large et profonde, dans laquelle on pouvait aisément cacher la première phalange du pouce. Un angle rentrant occupait la ligne médiane, et deux plans convergents en dedans et en arrière formaient les côtés de l'excavation; les yeux paraissaient très-écartés l'un de l'autre, et, à l'angle interne de chacun d'eux, se montrait une sorte d'épicanthus; enfin, les globes oculaires formaient, de chaque côté de la tranchée, une saillie extrêmement difforme.

Plus de vestiges des os nasaux, ni de l'épine nasale, ni du rebord antérieur du frontal, ni de la partie antérieure de l'ethmoïde. Les apophyses montantes existaient encore à l'état de minces colonnes, mais elles étaient fortement écartées.

Il y avait évidemment deux indications principales à remplir : rapprocher de la ligne médiane les parties latérales trop distantes, reconstituer un dos du nez saillant. Pour cela, il fallait utiliser les deux surfaces latérales cutanées qui constituaient les deux côtés de la tranchée et leur donner une direction précisément inverse de celle que leur avait imprimée la rétraction de l'inodule profonde ; il fallait leur faire former un angle saillant au lieu d'un angle rentrant ; mais il était clair qu'après avoir incisé sur la ligne médiane et décollé deux lambeaux latéraux, il resterait en dessous d'eux une excavation très-profonde, qui ne pouvait rester béante ni se cicatriser de toute pièce. Quand bien même, après la réunion sur la ligne médiane, on eût rétabli momentanément l'arête nasale, la cicatrisation secondaire et la rétraction inodulaire s'exerçant à la face profonde des lambeaux et sur les parois de l'excavation auraient retiré en dedans la saillie nasale nouvellement formée, et au bout d'un certain temps tout serait revenu à l'état antérieur.

Il fallait à tout prix combler d'une manière permanente le fond de la gouttière; dans ce but, après avoir formé avec les parois de celle-ci deux lambeaux en forme de volets, je pris au front un troisième lambeau assez long que je renversai simplement de haut en bas, sans torsion, mais par flexion du pédicule, de sorte que la surface cutanée regardait vers la profondeur et la surface saignante en avant ; je réappliquai alors mes deux lambeaux latéraux par-dessus la pièce frontale et les suturai sur la ligne médiane.

Les deux plans de lambeaux se touchaient dès lors par leurs faces sanglantes respectives, et je pouvais compter sur leur adhésion, qui eut lieu en effet. Je fis, pour restaurer le lobule et les ailes du nez, une opération tout à fait distincte, dont je ne veux pas parler ici, et en résumé j'obtins tout le résultat que j'espérais : le rapprochement

des commissures oculaires internes, le comblement de la tranchée médiane, aujourd'hui remplacée par un dos du nez qui fait de profil une saillie d'un centimètre au moins.

Une opération complémentaire sera nécessaire pour achever cette réparation, dont le malade se montre déjà très-heureux, et qui me satisfait moi-même assez complétement. L'observation n'est donc pas terminée ; mais tout ce que j'attendais du premier acte opératoire (qui date de quatre mois environ) est obtenu, sauf des imperfections inséparables du premier essai d'un procédé opératoire insolite.

Cette observation sera, ainsi que son complément ultérieur, publiée en temps opportun avec tous les détails nécessaires.

La rhinoplastie totale a été la première proposée, exécutée, vantée à l'excès, puis dépréciée complétement ; elle est actuellement rejetée par la plupart des chirurgiens. Les nouveaux procédés que je viens d'indiquer, et qui n'ont pas dit leur dernier mot, me semblent ouvrir pour cette si belle et si utile opération uno véritable ère de renaissance.

DISCUSSION.

M. LEGOUEST. J'ai écouté la communication de M. Verneuil avec d'autant plus d'intérêt, que j'ai eu l'occasion de me trouver en présence de circonstances analogues à celles qui viennent d'être citées. Depuis que je suis au Val-de-Grâce, j'ai été appelé trois fois à remédier aux suites fâcheuses de lésions produites dans un suicide, et les résultats que j'ai obtenus sont tellement imparfaits, que j'ai renoncé à pratiquer des opérations pour des cas semblables. Les cas cités par M. Verneuil me paraissent des cas exceptionnels.

En fait de rhinoplastie, il faut aujourd'hui distinguer les pertes du nez totales et les pertes partielles. Pour ces dernières, l'opération est très-praticable et ses résultats sont encourageants; mais pour les premières, je pense qu'il faut s'abstenir. Voyons si les deux cas cités dans la communication de M. Verneuil sont de nature à nous faire changer d'opinion.

Dans l'observation qui est propre à M. Verneuil, je vois qu'on a employé un double lambeau, et le résultat est réellement heureux ; aussi je m'empresse d'en féliciter M. Verneuil. Dans l'opération de M. Ollier, nous sommes loin d'avoir les mêmes résultats. Ainsi, le nez est ratatiné; toutes les parties oxistent, à l'exception du squelette. Somme toute, ma première opinion persiste. Et, en effet, à la suite du coup de feu, le squelette du nez, comme les parties molles, est entièrement détruit. Il résulte de là un vaste hiatus qui ne peut pas

être comblé, même en faisant intervenir le périoste. Quant à l'influence de cette membrane pour la reproduction de l'os, elle n'est pas probante, d'après le fait cité par M. Verneuil. En effet, que voyons-nous dans l'observation de M. Ollier? Ce chirurgien a déplacé l'os propre du nez qui restait et l'a mis dans le sens transversal pour servir de soutien aux parties molles qu'il allait ramener dans l'hiatus; puis il a disséqué un peu de périoste et l'a amené là avec ses lambeaux; et l'on vient nous dire ensuite que c'est le périoste qui a constitué le squelette de ce nez. Non, cela n'est pas exact. Si l'on a constitué un squelette, c'est surtout aux dépens de l'os propre du nez et peu par le périoste.

Dans l'opération de M. Verneuil, le périoste n'a pas été détaché, et si le nez offre un peu de consistance, cela tient à la méthode des lambeaux superposés.

Je me résume et je dis : Dans l'état actuel de la science, la chose difficile dans la rhinoplastie totale, c'est la reproduction du squelette, et dans les cas cités par M. Verneuil, si le squelette a été reconstitué en partie, il ne l'a pas été par le périoste. Le rôle du périoste comme reproducteur du squelette dans ces circonstances ne m'est nullement démontré.

Les occasions de faire la rhinoplastie pour des pertes totales du nez sont assez fréquentes. Ainsi, j'ai parlé déjà de deux opérations que j'ai tentées pour ces cas, et dernièrement j'en avais un troisième. Mais je n'ai rien voulu faire, dans la crainte que mon opération n'eût d'autre résultat que de rendre mon opéré plus laid. La facilité que l'on a, avec les parties molles, pour refaire des nez assez solides, me fait encore douter de l'influence du périoste.

M. HUGUIER. Dans les observations de M. Nélaton, on voit que ce chirurgien avait pris son lambeau dans la fosse canine, en ayant soin de détacher le périoste de la région. Or, M. Verneuil, qui nous rappelait la pratique de M. Nélaton, ne nous a pas donné le résultat obtenu à la suite de cette dissection. Pour moi, dans ces modifications je ne vois qu'un avantage, celui d'avoir un lambeau plus épais. Quand on a taillé un lambeau comprenant le périoste, celui-ci s'indure, mais le squelette a-t-il été reproduit ? Je ne le crois pas. C'est là le fond de la question à juger. Sans doute j'approuve cette manière de faire, on a toujours avantage à avoir des lambeaux épais; mais quant au fond de la question, je suis de l'avis de M. Legouest.

M. VERNEUIL. Je vais répondre successivement aux diverses objections. M. Legouest n'a pas entendu sans doute un petit détail de l'observation de M. Ollier. Ce chirurgien a réellement fait une charpente osseuse avec le périoste pris dans le voisinage du nez. Il existe

bien une pièce osseuse, l'os propre du nez, qui a été placée en travers; mais, en outre, il existe aussi une ossification du périoste. A la région inférieure du nez refait par M. Ollier, nous trouvons le lambeau osseux, et puis à la région supérieure il y a le périoste ossifié. M. Legouest se demande ensuite si tous les procédés que je viens de communiquer à la Société répondent bien aux *desiderata*. Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai usé du procédé de M. Nélaton, et que j'en ai été satisfait. Quant aux détails concernant les observations de M. Nélaton, j'avais cru pouvoir vous les donner; mais des circonstances indépendantes de ma volonté m'empêchent de le faire.

On m'a dit que tous ces procédés employés et dont je vous ai parlé n'étaient pas parfaits. Je le reconnais volontiers avec vous, et c'est dans cette conviction que j'ai cru devoir ajouter quelques modifications aux procédés de M. Nélaton et de M. Ollier. La combinaison des deux perfectionnements dus à ces deux chirurgiens, à celui que j'ai apporté à mon tour, me fait croire que nous aurons quelque chose de meilleur.

En effet, je suppose que nous ayons à combler un vaste hiatus causé par une perte totale du nez : en taillant un lambeau supérieur et deux lambeaux sur les côtés, je me demande si nous n'aurions pas de plus beaux résultats. Je dois déclarer que jusqu'ici on n'a rien obtenu d'aussi beau que ce que je viens de montrer à la Société.

M. LEGOUEST. Je ferai remarquer à M. Verneuil, en ce qui concerne le fait dû à M. Ollier, que c'est précisément le point où il signale le périoste qui est le plus aplati. En effet, dans le nez en plâtre que l'on nous présente, il y a deux régions : l'inférieure, où se trouve l'os propre du nez transplanté, est la plus élevée; la supérieure, au contraire, soutenue par ce périoste prétendu ossifié, est déprimée, affaissée d'une manière considérable. Quant au fait qui est dû à M. Verneuil, quoiqu'il n'y ait point intervention du périoste, il est plus beau que celui de M. Ollier, et j'en dois complimenter son auteur. Je crois, en effet, qu'en employant ses lambeaux superposés, M. Verneuil a trouvé un procédé meilleur que celui de M. Ollier.

M. VERNEUIL. Je dois ajouter que ce procédé, pour lequel M. Legouest veut bien me complimenter, est aussi de M. Ollier.

CORRESPONDANCE.

M. Borelli (de Turin) adresse un exemplaire de sa *Notice biographique sur le professeur Alex. Riberi*. Turin, 1861; in-8°.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse un exemplaire d'une publication faite par ses ordres, et intitulée *Dis-*

tribution des récompenses accordées aux sociétés savantes. Paris, 1861; in-8°.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. MARJOLIN. J'ai l'honneur de présenter à la Société une cuisse que j'ai amputée pour un ostéosarcome du fémur très-volumineux, développé en moins de six semaines chez une jeune fille.

J'aurai soin de donner l'observation complète de ce fait intéressant.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 19 février 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATIONS.

M. MARJOLIN. Je veux entretenir la Société des suites de la désarticulation que j'ai pratiquée pour un ostéosarcome de la cuisse.

Depuis le jour de l'opération, cette jeune fille a maigri considérablement, et elle paraît minée par une diarrhée rebelle à tous nos moyens.

L'état local est assez satisfaisant; le lambeau postérieur a contracté quelques adhérences, et la suppuration de la plaie est de bonne nature.

M. GUERSANT. Je veux rappeler à la Société que j'ai eu moi-même l'occasion, il y a dix ans, de pratiquer une désarticulation de la cuisse pour une affection analogue chez un enfant.

Cette tumeur s'était développée sans douleur dans l'espace de cinq ans. Au trentième jour, la plaie s'était fermée, la guérison était complète, lorsqu'une variole se déclara et emporta le malade. Le moignon et la pièce relatifs à cette désarticulation sont déposés au musée Dupuytren.

— M. HOUEL. Je veux seulement rappeler la date de l'opération de rhinoplastie avec autoplastie périostique pratiquée par M. Nélaton. Or cette opération a été faite en 1859, et je ne sais pas si M. Ollier a pratiqué la sienne avant cette époque.

M. VERNEUIL. Je n'avais que des renseignements incomplets sur

les opérations de M. Nélaton, ce qui explique l'erreur dans laquelle je suis tombé.

On a dit ensuite que, des deux faits que je présente, c'est précisément celui qui n'a pas de périoste qui est le plus beau. Cela est vrai ; mais il faut avant tout connaître le point de départ. Or si le résultat est plus beau dans le cas dans lequel le périoste n'a pas été employé, c'est que la difformité à corriger était beaucoup moindre. Tout ce que je puis dire, c'est que M. Nélaton attache une certaine importance à l'intervention du périoste.

Je vais donner quelques renseignements sur l'opéré de M. Ollier. M. Ollier l'a revu dans ces dernier temps, vers le milieu du mois de décembre ; un fragment osseux gros comme un demi-grain de blé, est sorti par les narines sans provoquer de symptômes inflammatoires, ni à l'intérieur ni à l'extérieur. C'est probablement la petite dentelure du lambeau osseux, qui avait été saisie avec le fil métallique.

La partie périostique du lambeau s'est solidifiée de plus en plus, et le retrait concentrique des fosses nasales, qu'on pouvait redouter, ne s'est pas effectué.

Les choses sont au 15 février ce qu'elles étaient au mois de septembre, quand le moule en plâtre a été pris, c'est-à-dire que la saillie du nez est restée la même, que le lambeau osseux a gardé sa place, et que l'ossification du lambeau périostique s'est maintenue.

La narine gauche s'est un peu rétrécie, et le sillon transversal qui est au milieu du nez est en outre un peu plus marqué. M. Ollier se propose de retoucher légèrement la narine gauche.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Philipeaux. *Guérison de la grenouillette par la pâte de chlorure de zinc.* Lyon, 1861, in-8°.

Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire. Année 1861.

Depaul. *Étude sur les vaccinations hâtives.* Paris, 1862, in-8°.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, décembre 1861.

— M. le docteur Peyrat, de Mazères (Ariége), adresse un travail sur des affections charbonneuses observées chez cinq personnes qui auraient mangé la chair d'un mouton charbonneux. (Commissaires, MM. Houel et Trélat.)

— M. G. Closmadeuc adresse une lettre pour remercier la Société de sa nomination de membre correspondant, et pour la prier en même temps de faire une rectification importante à la rédaction d'une observation envoyée par lui et imprimée récemment.

Après une courte discussion, la Société reconnaît la nécessité de cette rectification, qui sera confiée au secrétaire.

Cette rectification consiste à désigner la personne qui a compromis la vie du malade de M. Closmadeuc par le mot de *religieuse* au lieu de celui de *rebouteuse.*

LECTURE.

M. DOLBEAU lit une note sur *un nouveau signe de la fracture du crâne.* (Commissaires, MM. Chassaignac, Richet, Trélat.)

— A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 26 février 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE invite M. Depaul, vice-président, à occuper le fauteuil de la présidence, et fait ensuite à la Société une communication sur un cas de fistule vésico-vaginale.

Fistule vésico-vaginale. Opération par le procédé américain. Guérison. — Le 2 janvier 1862 est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Agathe, nº 2, Marie V..., femme de François N..., domicilié rue des Entrepreneurs.

Cette femme, quoique maigre, est d'une vigoureuse constitution. Elle a eu sept enfants. Cinq de ses accouchements ont été heureux; le troisième a été terminé par le forceps, après un travail de plus de quarante-huit heures, et les suites l'ont retenue au lit pendant plus de six semaines. L'enfant pourtant a vécu. Le septième, qui a eu lieu le 27 octobre 1861, lui a laissé l'infirmité pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Cette fois le travail a duré plus de trente-six heures, et a été terminé aussi par l'application du forceps fait en la demeure de la malade par son médecin. L'enfant est mort avant la fin du travail. La présentation était une présentation de la face.

Les premiers jours qui suivent ne se font remarquer par aucun accident; seulement la malade éprouve de vives douleurs en urinant et d'atroces souffrances dans la jambe gauche.

Ces symptômes existaient depuis quinze jours, quand son médecin lui conseilla de prendre un bain et de faire des injections vaginales pour entraîner le liquide fétide qui s'écoulait par la vulve depuis l'accouchement.

Ces moyens furent employés le jour même, et eurent probablement pour résultat de détacher une eschare qui s'était formée sur la paroi vésico-vaginale. Au sortir du bain, en effet, la malade s'aperçut de l'issue de ses urines par la vulve. Cette perte cependant ne fut pas d'abord complète, c'est-à-dire qu'un verre environ de liquide s'écoulait à la fois par la fistule, pourvu néanmoins que la malade fût dans le décubitus dorsal.

Un mois après l'accouchement, Marie V... entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Morel-Lavallée. Là elle est soumise au repos, et subit à deux reprises différentes des cautérisations qui augmentent un peu l'étendue de la fistule au lieu de l'oblitérer.

Depuis ce temps, la malade prétend qu'elle a cessé de rendre de l'urine en quantité un peu notable à la fois, et qu'elle s'est mise à perdre ses urines constamment.

Le chef du service se proposait de l'opérer, quand elle fut prise de varioloïde.

Le 2 janvier, elle rentre, guérie de sa varioloïde, à l'hôpital Beaujon.

Le 8, la malade, couchée sur le côté gauche, est examinée à l'aide du spéculum de Bozeman. A 1 centimètre de la lèvre antérieure du col existe une fistule un peu allongée d'avant en arrière, et assez grande pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index. Elle est située un peu à gauche de l'axe de la paroi antérieure du vagin. Au-dessous de la fistule, cette paroi bombe vers l'intérieur du vagin, et masque en partie l'orifice anormal. Cette disposition amènera quelques difficultés de plus dans le courant de l'opération.

L'état général de la malade est très-satisfaisant; l'appétit est bon, les selles sont régulières.

Néanmoins l'opération est ajournée jusqu'au 27 janvier, à cause du temps sombre. Un ciel clair avec du soleil est presque indispensable pour obtenir un bon succès.

Mais cette condition n'est pas la seule; ici plus que dans toute autre opération, il ne faut pas craindre de s'occuper des moindres détails avec une sorte de minutie. Ainsi le chirurgien examine l'appareil instrumental qui a été préparé, indique à chaque aide ses

fonctions, à la malade la position qu'elle doit prendre, et divise son opération en trois temps :

1° L'avivement ;

2° Le passage des fils de soie ;

3° La suture métallique.

L'appareil instrumental est divisé en quatre séries.

La première comprend les instruments destinés à bien découvrir et éclairer la fistule, ce sont : le spéculum de Bozeman et celui de Marion Sims, qui seront trempés dans l'eau tiède. L'eau tiède permet, aussi bien que l'huile, l'introduction du spéculum, et ne le fait pas glisser comme ce corps gras. J'ajoute de petites éponges emmanchées et trempées dans de l'eau glacée, qui doivent absterger le sang, arrêter son écoulement, et permettre ainsi de voir nettement le point sur lequel portera l'opération.

La seconde renferme les instruments propres à l'avivement, c'est-à-dire des bistouris à long manche, des ciseaux droits et courbes, un ténaculum et une pince à dents de souris.

La troisième comprend les instruments pour le passage des fils de soie, ce sont : le porte-aiguille de Marion Sims, des aiguilles courtes presque droites, enfilées d'un double fil de soie noire de 50 centimètres de long. La soie noire est bien préférable à la blanche; tachée de sang, elle ne se confond pas comme celle-ci avec les tissus environnants. L'aiguille est enfilée de telle façon que les deux chefs passent ensemble à travers le chas, tandis que l'anse est placée à l'opposé. A côté des aiguilles se trouve un crochet mousse pour faciliter leur passage, et un morceau de bois fendu pour fixer les fils par ordre à mesure qu'ils seront placés.

La quatrième série enfin est formée par tout ce qui est nécessaire à l'achèvement de la suture, savoir : des fils d'argent recuits, la pince à torsion de Marion Sims, une petite fourche et une paire de ciseaux.

Les aides seront au nombre de trois : le premier tiendra le spéculum, le second relèvera la fesse droite et déprimera la paroi antérieure du vagin, le troisième présentera les instruments.

La malade est placée en face d'une fenêtre sur une table un peu basse recouverte d'une couverture; elle est couchée sur le côté gauche, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Le bras gauche est étendu et porté en arrière; le sternum repose sur la table par son bord gauche et la tête sur le pariétal du même côté. Le chirurgien se propose du reste de varier cette position, s'il le trouve préférable, pour tel ou tel temps de l'opération. La malade n'est pas chloroformée.

A neuf heures quarante-cinq minutes, le chirurgien introduit le spéculum de Bozeman, le place de manière que sa concavité embrasse le sacrum et que sa gouttière soit tournée vers la fistule, que l'on retrouve avec les mêmes caractères que le 8 janvier.

L'opérateur s'assoit, place dans l'urèthre la sonde en S de Marion Sims, et procède au premier temps de l'opération, c'est-à-dire l'avivement. Avant de commencer, il est obligé de donner un léger coup de bistouri pour éloigner le col utérin de la fistule; il maintient alors avec le ténaculum la muqueuse vaginale, et retranche avec le bistouri la partie qui borde la lèvre droite de la fistule. Cet avivement est fait dans l'étendue de 2 centimètres et demi en hauteur et de 1 centimètre en largeur, en n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi vésico-vaginale, afin de ménager complétement la muqueuse vésicale. Le lambeau est définitivement détaché par un coup de ciseaux.

La lèvre droite avivée, une légère difficulté se présente. La paroi antérieure du vagin bombe en dedans de la cavité et cache en partio la fistule. Le chirurgien se lève alors et fait mettre l'opérée sur les coudes et les genoux. Dans cette position, la paroi antérieure fait moins de saillie, et l'avivement est achevé comme du côté opposé. Quelques coups de ciseaux régularisent les points qui paraissent avoir échappé à l'action du bistouri.

La malade, qui s'était d'abord sentie soulagée par sa position nouvelle, en est un peu fatiguée; aussi, l'avivement terminé, l'opérateur et l'opérée reprennent leur position première, et il est procédé au second temps de l'opération, c'est-à-dire au passage des fils de soie.

L'aiguille, saisie par le porte-aiguille, traverse à 1 centimètre 1/2 du bord de la fistule et au niveau de sa commissure inférieure la lèvre droite dans la moitié ou les trois quarts de son épaisseur seulement.

La pointe paraît entre les deux bords de la plaie : la tête est alors abandonnée; le chirurgien saisit la pointe et l'amène au dehors. La seconde lèvre est traversée de la même façon.

Ici l'opérateur fait déprimer avec un petit spéculum américain la paroi antérieure du vagin, qui proémine et cache la fistule. Il remarque qu'il aura beaucoup plus de facilité pour amener les autres aiguilles au dehors, si un aide fait basculer la tête de manière que la pointe se dirige vers l'orifice externe du vagin, ce qui est exécuté pour les autres aiguilles.

Le fil de soie passé est arrêté dans le morceau de bois fendu.

En tirant sur les deux chefs de ce fil, le chirurgien remarque que les deux bords de la fistule se tendent, ce qui lui permet de passer

les autres aiguilles plus facilement et de les passer d'un seul coup. Cette tension pouvant aussi faciliter l'avivement, il se propose, dans une autre opération, de passer un fil au-dessous de la fistule pour en tendre ainsi les bords.

La seconde aiguille est passée en un seul temps à travers les deux lèvres de la plaie ; il en est de même de la troisième et de la cinquième.

La quatrième offre plus de difficultés. Passée dans la lèvre droite, la pointe se trouve dirigée en haut. Il faut lui imprimer un mouvement de bascule étendu pour la ramener dans l'axe du vagin et l'enlever plus aisément. Elle est alors passée dans la lèvre gauche ; mais un mouvement intempestif du spéculum fait qu'elle ne prend qu'une partie de l'épaisseur de cette lèvre.

Le second temps de l'opération est terminé. Cinq fils en tout ont été placés dans une étendue de 2 centimètres 1/2, et trois l'ont été d'un seul coup.

Le troisième temps de l'opération commence, c'est-à-dire celui de la suture définitive. Mais ici un petit incident : dans un mouvement des aides ou de l'opérée, les fils abandonnent le petit bâton sur lequel ils étaient fixés, et se trouvent tous mêlés ensemble. Cet inconvénient est combattu de la façon suivante. A mesure qu'il fait une suture, le chirurgien dégage au moyen du crochet mousse l'anse du fil qu'il veut prendre, et l'ordre est ainsi successivement rétabli.

La suture qui correspond au dernier fil de soie posé se fait sans difficulté. Le fil métallique coudé dans l'anse est tordu plusieurs fois sur lui-même ; puis, en tirant sur le fil de soie, le fil métallique lui est substitué. Une fois passé, un aide saisit avec la pince à torsion les deux bouts du fil métallique ; l'opérateur les tord en les soutenant à l'aide de la fourche au voisinage de la fistule ; le fil est ensuite coupé de manière à ne laisser qu'une longueur convenable.

Le second fil métallique qui correspond au quatrième fil de soie est passé ; mais alors le chirurgien trouve que réellement la lèvre gauche de la fistule est prise dans une trop petite étendue ; il retire le fil métallique, repasse un nouveau fil de soie en un seul temps, puis bientôt après le fil métallique définitif.

Les trois autres sutures sont achevées de la même manière et l'opération est terminée à dix heures vingt-cinq minutes, après une durée de quarante minutes, malgré les quelques difficultés imprévues qu'il y a eu à surmonter.

En résumé, nous ferons remarquer spécialement dans cette opération :

1° La variation de position de la malade, qui a eu l'avantage de reposer l'opérée et de faciliter certains temps de l'opération ;

2° L'emploi des fils noirs bien préférables aux fils blancs;

3° Le refoulement de la paroi antérieure du vagin;

4° La manière dont il faut saisir la pointe de l'aiguille et le mouvement de bascule qui lui a été imprimé;

5° La fixité que l'on donne aux bords de la fistule en exerçant une légère traction sur le premier fil déjà passé.

L'opération terminée, la malade est reportée dans son lit. Elle ne prendra aujourd'hui qu'un potage, évitera tout effort, et conservera sous le bec de la sonde un vase propre à recevoir l'urine.

Elle n'a pas été à la selle depuis la veille; on lui donne une potion légèrement opiacée pour entretenir le même état de constipation.

Le soir, la malade ne souffre pas; sa sonde est nettoyée et remise aussitôt. Elle a un peu d'agitation du pouls (80 pulsations).

Le 28 janvier, son pouls est à 76. Elle prend deux potages. La constipation continue. La malade apprend à retirer et à nettoyer sa sonde elle-même.

Le 29, elle mange une portion.

Du 29 janvier au 5 février, le pouls est tombé à 60. La malade se plaint un peu de sa sonde et de maux de tête qu'elle croit occasionnés par la constipation, qui s'est toujours maintenue. Aucune goutte d'urine ne sort par le vagin.

Dix jours se sont écoulés depuis l'opération. La malade est mise dans la position qu'elle occupait ce jour-là, et les fils sont enlevés. Par un malentendu, les instruments spéciaux manquent; une pince à disséquer, une paire de ciseaux de trousse les remplacent. Quelques-uns sont comme enfoncés dans l'épaisseur de la muqueuse. Il n'existe aucune trace de suppuration. Un fil, en se retirant, a écorché un peu la muqueuse. La plaie est exactement réunie sous la forme d'une cicatrice linéaire de 2 centimètres et demi de long, qui se dirige obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite. La réunion est fort solide; elle a parfaitement résisté aux tractions assez violentes déterminées par l'enlèvement des fils. L'usage de la sonde est continué.

Le 6 février, on administre deux pilules de 5 centigrammes d'aloès, pour faire cesser la constipation; ces pilules amènent trois selles. La malade garde toujours sa sonde.

Les 7 et 8 février, même état. La totalité de l'urine s'échappe par la sonde. Pas de selles depuis le 6.

Le 10, deux portions. La régularité des selles se rétablit. La malade quitte la sonde. Il lui est recommandé de ne pas attendre un besoin pressant pour uriner. Elle se plaint d'un léger malaise, qui précède d'ordinaire l'apparition de ses règles.

Le 11. Hier la malade a uriné toutes les heures pendant la journée,

et cinq fois dans la nuit : elle aurait pu garder ses urines plus longtemps.

Le 12, les règles, qui n'avaient pas reparu depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis quatre mois, reviennent. La fonction de la miction s'exécute comme le jour précédent.

Le 13, la miction se fait à intervalles plus longs; la malade rend environ un verre d'urine à la fois.

Le 15, les règles sont terminées; les selles sont toujours régulières et quotidiennes; la miction se fait encore à intervalles rapprochés; néanmoins, la malade rend environ deux verres et demi d'urine chaque fois.

Le 17, même état. La malade s'est levée hier pour la première fois; elle ne perd pas plus ses urines debout que couchée.

— Remarquons une dernière fois les points les plus importants de cette observation :

1° La malade a été opérée peu de temps après la formation de la fistule, ce qui l'a mise dans de meilleures conditions. La vessie, en effet, n'était pas beaucoup revenue sur elle-même, et a conservé une capacité et une dilatabilité assez grandes pour que le rétablissement complet de la fonction pût avoir lieu;

2° Pendant l'opération, la malade n'a pas conservé la même position; la paroi antérieure du vagin a été refoulée par un petit spéculum. Le premier fil a permis d'exercer des tractions sur les bords de la fistule et de passer les autres plus facilement : ce même moyen pourrait être employé dans un autre cas pour faciliter l'avivement;

3° Les fils ont été retirés dix jours après l'opération;

4° L'usage de la sonde a été continué pendant les quinze premiers jours qui ont suivi l'opération;

5° Vingt jours enfin après l'opération, la miction est à peu près normale; la malade conserve environ un demi-litre d'urine dans sa vessie.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je vois avec plaisir les chirurgiens de Paris aborder ces sortes d'opérations. Elles ne sont du reste pas plus difficiles que les opérations usuelles. M. Morel-Lavallée a réussi à son coup d'essai, et moi-même j'ai été dans le même cas.

Le changement de position pendant l'opération me paraît excellent. Il est très-avantageux de faire mettre la malade sur le côté, puis sur les genoux et sur les coudes. Tantôt le décubitus latéral droit est meilleur, tantôt c'est le décubitus latéral gauche qui est préférable. La position doit varier suivant la situation de la fistule.

M. Morel-Lavallée a parlé d'une petite précaution que je crois avoir réalisée. Ayant à réunir une fistule longitudinale, j'ai passé une première anse de fil qui m'a servi à tirer la fistule au dehors. Cette manœuvre favorise en même temps le passage des autres fils. J'adopte donc cette méthode.

Je suis cependant en désaccord sur un point avec M. Morel-Lavallée. Ainsi je crois que le passage des fils dans les deux lèvres simultanément est sujet à quelques inconvénients. En agissant ainsi, on s'expose à ne pas affronter parfaitement. Ce procédé ne me paraît applicable que dans les petites fistules.

Enfin je crois avoir entendu dire à M. Morel-Lavallée qu'il faut apprendre à la femme à se sonder elle-même. J'approuve entièrement cette conduite, qui peut être très-utile dans plusieurs circonstances.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Verneuil trouve plus simple et plus facile le passage des fils en deux fois; mais dans mon opération j'ai vu que c'était très-simple et très-facile de passer les fils simultanément à travers les deux lèvres. Il ne faut pas compliquer inutilement les opérations.

J'ajouterai un renseignement. Pour l'introduction de la première aiguille, je me sers avantageusement du spéculum de Bozeman. Quand la première aiguille est passée, on éprouve quelque difficulté à faire traverser la seconde lèvre; pour la surmonter, il suffit de faire basculer cette aiguille, et immédiatement elle sort. C'est un *rien,* mais cela est utile à connaître.

Pour la sonde, j'ai fait comme M. Marion Sims, je me suis servi de la sonde à extrémité perforée de petits pertuis capillaires, qui a l'avantage de ne pas s'engorger comme la sonde à deux larges ouvertures. Je me suis très-bien trouvé d'avoir exercé la malade à se sonder, parce que, suivant le précepte des Américains, je n'exige pas une immobilité absolue de l'opérée, qui, par ses mouvements, s'expose dès lors plus facilement à faire sortir cette sonde.

Ainsi, dans la première nuit qui suivit son opération, ma malade ne perdit pas sa sonde; mais la nuit suivante la sonde étant sortie, elle se sonda elle-même sans douleur et sans inconvénient.

M. VERNEUIL. Je voudrais savoir si M. Morel-Lavallée érige cela en précepte.

M. MOREL-LAVALLÉE. Si l'opérée ne peut avoir son chirurgien à côté d'elle, si elle n'est pas dans un hôpital, oui, j'érige cela en précepte. Mais si la sonde fonctionne bien, il est évident qu'il faut la laisser à demeure.

M. DEPAUL. Je veux demander un éclaircissement à M. Morel-Lavallée. Je comprends bien que la première anse de fil rapproche

les bords de la fistule si on exerce une traction ; je comprends bien aussi que le passage des fils est devenu plus facile par cette traction. Mais, par contre, cette traction n'aurait-elle pas l'inconvénient, en adossant les bords, d'exposer le chirurgien à traverser la muqueuse vésicale, ce qui doit être soigneusement évité ? Je n'ai pas opéré moi-même, mais j'ai assisté M. Verneuil dans une de ses opérations. Eh bien, j'ai constaté en effet que ces tractions avaient quelque avantage ; mais je pense qu'en agissant sur le col utérin, on arriverait à faire descendre la fistule encore plus bas, on l'amènerait presque au dehors dans le plus grand nombre des cas.

M. MOREL-LAVALLÉE. Si les bords de la fistule étaient collés énergiquement, je reconnaîtrais avec M. Depaul qu'il y a danger de traverser la muqueuse vésicale ; mais il y a toujours entre eux un petit intervalle qui suffit très-bien pour préserver la muqueuse de la vessie et pour la distinguer de la muqueuse vaginale.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas d'expérience personnelle, mais j'ai vu opérer M. Sims à la Charité. Ce chirurgien nous a montré une petite manœuvre très-utile. Au moment où il va pratiquer l'avivement, il fait une incision de cinq ou six millimètres et n'intéressant que la muqueuse vaginale ; il passe ensuite une sorte de ténaculum-érigne à travers cette incision, il produit ainsi un allongement de la fistule comme avec l'anse de fil et en même temps le rapprochement des lèvres de cette fistule. Quand il a ainsi fait saillir ces bords, il en pratique l'avivement avec des ciseaux très-promptement et très-facilement.

M. Sims a insisté sur un second point. Quand l'avivement est fait, on a une surface saignante avec un petit liséré muqueux vésical. Il s'agit alors de faire le rapprochement. Il fait alors passer un premier fil dans l'incision d'abord pratiquée, et en tordant l'anse de ce fil il facilite ce rapprochement. Ces diverses petites manœuvres remplissent donc le même office que l'anse de fil de M. Morel-Lavallée.

M. VERNEUIL. La manœuvre de M. Morel-Lavallée est bonne dans les fistules étroites, mais elle ne doit être employée qu'exceptionnellement dans les fistules larges. Les fistules transversales ne se prêtent pas du tout à cette traction au moyen de l'anse de fil. Du reste, cette traction de la fistule a été employée par M. Bourguet (d'Aix), dans une observation qu'il vient d'envoyer à la Société, par M. Foucher, et par moi-même dans un cas dans lequel la fistule était difficile à découvrir. Je me propose plus tard de passer en revue tous les moyens employés jusqu'ici pour attirer la fistule au dehors.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je répondrai à M. Trélat que j'ai parlé du

crochet, mais le manche gêne pendant l'opération ; j'ai préféré une anse de fil, parce que c'est plus commode.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu de M. Charles Rouhier (de Precy-sur-Ource) l'observation suivante :

Hernie enflammée sans étranglement ; opération ; guérison. — Un manouvrier, âgé de soixante-dix ans, porteur d'une hernie inguinale gauche, ancienne, volumineuse et demeurée depuis longtemps sans réduction, est pris de coliques, de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre et de constipation. Ces accidents se développent lentement, sans acuité, et avec une médiocre intensité.

Je ne vois le malade qu'au bout de huit jours ; la tumeur herniaire est tendue et peu douloureuse ; peau normale. Un engouement est diagnostiqué, et les moyens usités en pareil cas sont mis en usage ; ils ne réussissent pas ; le pouls prend de la fréquence, et les accidents s'aggravant, j'opère dix jours après leur début.

Rien de particulier pendant la division de la peau et des couches situées entre elle et le sac ; mais l'incision de cette enveloppe amène la sortie d'un pus grumeleux d'une odeur fétide, contenu dans son intérieur, et dont la quantité équivaut à un verre environ.

Les parois du sac sont très-épaisses et se relient par de nombreuses adhérences à l'intestin, dont les traces d'inflammation sont évidentes, mais qui n'offre pas d'autre altération.

Le volume formé par les anses herniées est assez considérable ; elles n'ont pas subi de constriction ; il n'y a pas de débridement à faire ; les orifices se trouvent libres.

Les anses herniées sont fortement distendues par des gaz ; une pression méthodique, ayant pour but de chasser ceux-ci dans l'abdomen, n'en refoule qu'une partie seulement, et le malade en rend de temps en temps quelques-uns.

Il ne faut pas songer à la réduction de l'intestin ; les parois du sac sont simplement rapprochées, et le pansement consiste dans l'application de charpie cératée et de compresses maintenues par un spica.

Quelques matières sont alors rendues par l'anus, et le pouls devient à peu près normal. Il reste le même le lendemain. Pendant cette journée, quatre selles ont lieu et des gaz sont évacués ; le ventre est moins tendu et tout à fait indolore ; mais le soir, il se ballonne un peu et devient légèrement sensible à la pression ; plusieurs selles diarrhéiques se déclarent ; des applications émollientes sont faites pour tout pansement.

Les choses continuent ainsi le surlendemain de l'opération ; cependant le soir, la diarrhée cède ; l'état général est bon.

Les jours suivants, indépendamment de la sensibilité et de la tension du ventre, une légère inflammation envahit encore la tumeur herniaire, qui donne une odeur fétide ; mais la persévérance dans les applications émollientes suffit pour dissiper ces accidents.

La tumeur herniaire perd de son volume, et la plaie marche peu à peu vers la cicatrisation, sans autres incidents que des stades fébriles dont les suites ne sont pas fâcheuses.

Le malade se rétablit, en conservant sa hernie.

— M. GOSSELIN remet à la Société de la part de M. Rollet :

1° Un livre sur les maladies syphilitiques ;

2° Une lettre adressée à M. le président pour exposer une réclamation au sujet du rapport de M. Cullerier.

Dans cette lettre, M. Rollet avoue que M. E. Langlebert a formulé la loi de la transmission des accidents secondaires ; mais il affirme, d'un autre côté, qu'il a lui-même donné la démonstration de cette loi.

M. CULLERIER. Je réponds immédiatement que si M. Rollet avait lu mon rapport, il n'aurait pas adressé cette réclamation, puisque nous sommes dans la même opinion.

M. LE PRESIDENT prie M. Gosselin de faire parvenir à M. Rollet les remercîments de la Société pour l'hommage qu'il vient de faire à la Société.

LECTURE.

M. BROCA donne lecture d'une Note de M. Fleury (de Clermont) *sur les kystes des bourses.*

J'ai déjà envoyé à la Société de chirurgie, dit M. Fleury, un mémoire sur les kystes des bourses. J'avais cherché à établir que l'épaississement de la tunique vaginale, considéré dans quelques traités comme une complication de certaines hydrocèles, que la coloration foncée du liquide sécrété par la membrane séreuse, appartenaient à un autre ordre de maladies.

Certaines variétés de sarcocèles décrites par Boyer comme formées par des sucs lymphatiques et albumineux amassés dans le tissu cellulaire des bourses m'avaient paru également se rattacher au même genre d'affections et rentrer dans la catégorie des tumeurs enkystées des bourses.

En rendant compte de mon travail, votre savant rapporteur a élevé des doutes sur ce diagnostic. M. Gosselin a cru reconnaître

dans ces tumeurs quelques-unes des variétés de l'affection qu'il a désignée sous le nom de *vaginalite pseudo-membraneuse.*

L'erreur pouvait être facile, en effet; le testicule, comprimé par des fausses membranes d'une épaisseur considérable, avait pu être effacé et ne plus faire dans la cavité de la séreuse la saillie qu'il y forme ordinairement.

De mon côté, disais-je, si je ne retrouve pas la tunique vaginale en dehors de la cavité accidentelle qui s'est formée, cela tient à ce que l'inflammation provoquée par la compression du kyste a accolé les deux feuillets de la séreuse et a fait disparaître la poche qui renferme la glande séminale. C'était ainsi, du moins, que je m'expliquais l'absence de la séreuse testiculaire.

Des faits mieux observés pourraient peut-être, à l'avenir, modifier ma manière de voir, et m'aider à rectifier une erreur de diagnostic, si toutefois il y en avait eu une de commise.

M. Gosselin a eu la bonté de m'envoyer son mémoire, que je n'avais pas lu à l'époque où mon travail fut adressé à la Société.

J'ai pu comparer la description qu'il fait de la vaginalite pseudo-membraneuse à l'état des tumeurs que je considérais comme des kystes, et je suis resté convaincu que c'est bien à cette dernière affection que j'ai eu affaire chez le plus grand nombre des malades que j'ai soignés. Je serais même assez disposé à croire que la vaginalite pseudo-membraneuse est peut-être plus rare que ne le pense M. Gosselin.

Depuis que mon mémoire a été lu à la Société, j'ai recueilli deux nouvelles observations. L'une a été publiée dans le *Moniteur des sciences* par un de mes élèves; l'autre est encore inédite et fait le sujet de ce travail. C'est sur elle que je désire appeler votre attention.

— Un vieillard âgé de soixante-neuf ans, exerçant à Clermont la profession de tailleur d'habits, est entré à l'Hôtel-Dieu de cette ville le 13 janvier 1861, pour y être traité d'une tumeur volumineuse qui occupe la plus grande partie des bourses et qui paraît englober le testicule dans sa masse. Il l'attribue au froissement de ces parties, qui aurait eu lieu il y a quinze mois, à la suite d'une secousse assez forte qu'il éprouva en sortant de son lit. La douleur qu'il ressentit fut vive; elle disparut néanmoins assez promptement, mais du gouflement lui succéda.

La tumeur a maintenant le volume d'une grosse orange; elle est dure, sans changement de couleur à la peau, indolente à la pression. On croit sentir à sa partie centrale une fluctuation obscure qui dénote l'existence d'une certaine quantité de liquide; il n'y a cependant aucune transparence lorsqu'on la place entre l'œil et la lumière; le tes-

ticule ne fait aucune saillie appréciable. Elle serait donc formée de parties solides et de parties liquides (hydro-sarcocèle des auteurs). Le cordon des vaisseaux spermatiques ne présente aucune trace d'engorgement.

L'état général du malade est du reste excellent ; il n'a jamais eu d'affections vénériennes. Les principales fonctions de l'économie s'exécutent bien ; malgré son âge, il est actif, laborieux, plein de force et d'énergie, et il souscrit à l'avance à tout ce qu'on fera pour le débarrasser de sa tumeur.

Cette affection me paraît être produite par une dégénérescence du testicule ou de ses enveloppes ; je ne crois pas cependant qu'elle soit de nature cancéreuse. L'état général de C.·. est excellent, le canal déférent est dans un état d'intégrité parfaite. Néanmoins, la castration est le seul moyen de l'en débarrasser.

Il fallait avant tout évacuer le liquide, afin de mieux juger du volume des parties solides.

Le 15, une ponction est pratiquée à la tumeur ; un demi-verre d'une sérosité louche et sanguinolente s'échappe par la canule du trocart ; elle s'affaisse aussitôt et perd à peu près un tiers de son volume.

Le malade, satisfait de ce résultat et n'ayant du reste éprouvé jusque-là d'autre incommodité que celle que la tumeur déterminerait par son poids, demande à quitter l'hôpital, d'où il sort le 19.

Il était facile de prévoir qu'il y rentrerait bientôt. Nous le revoyons en effet dans les premiers jours de septembre de la même année.

La tumeur se présente avec les mêmes caractères ; elle n'est ni plus grosse ni plus douloureuse que la première fois ; mais elle ne pouvait disparaître sans une opération.

Tout est donc disposé pour la castration, qui doit être pratiquée le 9 septembre.

Une première incision dirigée de haut en bas, suivant le grand diamètre de la tumeur, la met à découvert dans toute son étendue. Les téguments sont détachés à droite et à gauche ; mais avant de pousser plus loin la dissection, je plonge le bistouri à sa partie centrale, afin de bien établir la nature des parties divisées. Quel n'est pas mon étonnement en voyant jaillir un flot de liquide d'un rouge sombre, ressemblant à de la lie de vin. J'agrandis l'incision et je mets à découvert une cavité dont les parois inflexibles à la manière d'une coque sont épaisses, constituées par un tissu fibro-cartilagineux très-dense et tapissées à leur face interne par un produit pulpeux de couleur grisâtre. Quelques concrétions calcaires sont disséminées par places et feraient croire à un commencement d'ossification.

En dehors de la tumeur, on retrouve les enveloppes des bourses avec leurs caractères normaux. On peut l'énucléer avec une assez grande facilité dans ses deux tiers antérieurs ; le tiers postérieur paraît seul adhérer aux tissus sous-jacents.

Pour moi, c'était encore un kyste des bourses ; mais cette fois il ne devait pas rester le moindre doute.

En explorant la face profonde de la cavité pour savoir si je ne retrouverais pas le testicule sous le produit pulpeux dont j'ai signalé l'existence, je crus sentir un peu de fluctuation, et j'acquis bientôt la certitude, à la vue d'une sérosité citrine qui s'échappait par une ponction que je pratiquai, que derrière cette tumeur était la séreuse vaginale ; j'enlevai alors les deux tiers de la tumeur primitive, et je me bornai à exciser, pour en diminuer l'épaisseur, toute la partie qui adhérait à la tunique vaginale.

L'opération se trouvait ainsi singulièrement simplifiée, puisqu'en définitive elle s'était réduite à une simple incision des bourses.

Quelques boulettes de charpie sèche furent placées au fond de la cavité, et la plaie fut pansée avec un linge enduit de cérat. Aucun vaisseau n'avait été divisé, toute ligature devenait par cela même inutile.

Le malade a été assez bien les premiers jours ; mais, dans la nuit du 11 au 12 septembre, il survient de la fièvre, de l'agitation, de l'insomnie ; la langue se sèche, la soif se déclare, et, en examinant la plaie, je m'aperçois que du pus dont l'odeur est très-fétide, s'échappe par l'ouverture pratiquée à la tunique vaginale, et qu'une pression légère, exercée de bas en haut, en augmente l'écoulement.

Nul doute que la séreuse vaginale ne se soit enflammée ; le pus, altéré par le contact de l'air et n'ayant pas une issue facile, séjourne dans la cavité testiculaire et produit les désordres signalés plus haut.

Je convertis la ponction pratiquée en une incision que je prolonge jusqu'à la partie la plus déclive de la cavité, et comme la séreuse adhérait d'une manière intime à la membrane du kyste, j'en excise une portion pour éviter que les deux lèvres en se rapprochant ne s'opposent de nouveau au séjour du pus.

Les accidents ont immédiatement cessé, et à dater de ce moment rien n'est venu entraver la guérison ; C... était en état de sortir à la fin d'octobre.

S'il fût resté le moindre doute sur la nature de cette cavité secondaire, l'incident que je viens de mentionner l'eût fait disparaître ; le testicule, en effet, paraissait au fond de la poche avec sa couleur, son volume et sa consistance.

Je sais très-bien que l'on pourra m'objecter que l'on n'a jamais mis

en doute l'existence des kystes des bourses, qui seraient plus rares que la vaginalite pseudo-membraneuse.

Si j'en juge d'après les faits observés, je soutiendrai la thèse opposée, car si je n'ai pu qu'une seule fois retrouver la tunique séreuse avec son testicule derrière le kyste, les parois de celui-ci ont une telle ressemblance avec les mêmes parties observées chez d'autres malades, que l'on peut bien par analogie conclure de l'identité de structure à l'identité d'affections.

Que dit en effet M. Gosselin dans son mémoire? « Les pseudo-membranes de la tunique vaginale présentent sous le rapport de leur épaisseur et de leur structure trois degrés principaux : dans le premier, le tissu est souple et revient facilement sur lui-même; dans le deuxième, la coque est peu flexible et s'affaisse difficilement; dans le troisième, des *dépôts calcaires* coïncident avec une *épaisseur considérable*. La poche est plus dense et plus inflexible. »

Que trouvons-nous chez notre malade? Une cavité dont les parois sont épaisses, *inflexibles à la manière d'une coque, et constituées par un tissu fibro-cartilagineux dense et parsemé de concrétions calcaires.*

Il suffit du reste, Messieurs, d'appeler votre attention sur ces faits, pour que cette question reçoive bientôt une solution prochaine.

M. GOSSELIN. Je désire faire quelques réflexions sur cette note. Lorsque M. Fleury envoya son premier travail à la Société sur le même sujet, je fus chargé d'en faire un rapport. En examinant ce mémoire, je m'aperçus que les faits produits n'étaient pas appuyés sur des dissections, et je m'étais dès lors demandé si M. Fleury n'avait pas donné une interprétation fautive; j'avais pensé, enfin, que ses prétendus kystes des bourses pouvaient appartenir à des épaississements de la tunique vaginale ou à des hématocèles.

Pour M. Fleury, il n'y avait pas le moindre doute, il n'y avait pas à hésiter; son interprétation devait être acceptée. Pour ma part, trouvant dans les faits qu'il nous communiquait une grande analogie avec ceux que j'avais observés de mon côté et étudiés sous toutes leurs faces, j'ai émis l'opinion que M. Fleury pourrait bien avoir donné de ses observations une interprétation un peu hasardée.

Etonné sans doute des réflexions que j'avais émises dans mon rapport, M. Fleury me demanda, quelque temps après, mon travail sur cette matière pour en prendre connaissance. Aujourd'hui, notre honorable confrère, connaissant parfaitement mes idées, vient nous donner une nouvelle observation de kyste des bourses.

Cette observation nous paraît bien faite, et il nous semble qu'elle est juste dans son interprétation. Il y a eu ici une dissection, et en effet M. Fleury nous montre bien une membrane, une poche dans le

scrotum. Si, dans ses premières observations, M. Fleury s'était entouré de preuves aussi démonstratives, je ne l'aurais pas combattu.

Cependant, somme toute, cette dernière observation me paraît un peu extraordinaire. C'est un fait insolite, et il y a là matière à des recherches nouvelles. Si je pouvais donner un nom à l'affection décrite par M. Fleury, je lui donnerais volontiers celui proposé par M. Béraud, d'*hématocèle pariétale*. Seulement M. Fleury a observé cette hématocèlo à une période avancée, alors que le sang s'était transformé en sérum plus ou moins coloré et constituait une sorte de kyste.

M. LE PRESIDENT propose à la Société l'insertion dans les *Bulletins* d'un extrait de la note et de l'observation entière.

La Société adopte.

COMMUNICATION.

M. BROCA communique à la Société le résultat d'une opération de bec-de-lièvre faite dans des circonstances insolites.

Le fait que je viens communiquer à la Société de chirurgie offre quelque analogie avec celui qui lui a été présenté par M. Guersant, dans la séance du 22 février 1860 (voir *Bulletins de la Société de chirurgie*, 2e série, t. Ier, p. 113 et 118).

Dans le bec-de-lièvre compliqué, simple ou double, la division des parties molles occupe ordinairement toute la hauteur de la lèvre et s'élève jusqu'à la narine; on a cru longtemps qu'elle ne remontait jamais plus haut.

Chez l'enfant nouveau-né que M. Guersant nous a présenté, nous avons vu la division des chairs se prolonger de chaque côté jusqu'à la paupière inférieure, de telle sorte qu'une large gouttière, tapissée par une membrane muqueuse, faisait communiquer la conjonctive avec la muqueuse buccale. La voûte palatine et le voile du palais étaient fendus, et les deux os inter-maxillaires, réunis sur la ligne médiane, étaient complétement séparés, à droite et à gauche, du reste de la mâchoire supérieure, par une fente assez étroite. La division verticale des deux joues devait donc être considérée comme due à la même cause que la division du squelette, et personne n'hésita à considérer cette affection comme un bec-de-lièvre compliqué. Il y avait toutefois une circonstance qui établissait une différence très-prononcée entre cette anomalie et celles qui caractérisent la famille des becs-de-lièvre : c'est que la double division des lèvres n'aboutissait pas aux ouvertures des narines; elle passait de chaque côté à plusieurs millimètres en dehors des ailes du nez, c'est-à-dire à tra-

vers la joue; il en résultait que le lobe médian était très-large, très-épais, qu'il n'était nullement atrophié, et que le nez n'était le siége d'aucune déformation.

Cas de M. Guersant. Bec-de-lièvre compliqué bilatéral se prolongeant do chaque côté jusqu'à l'œil, à travers la joue.



Le fait que j'ai observé offre, comme je l'ai dit, quolque analogie avec celui-là; il en diffère toutefois par un caractère important qui le rapproche davantage du type des becs-de-lièvre ordinaires. La division remontait bien au-dessus du bord adhérent de la lèvre, comme dans le cas de M. Guersant, elle s'étendait même jusqu'au voisinage de l'œil; mais elle passait par la narine, et elle remontait vers l'angle interne de l'œil, en séparant le nez de la joue.

Le nommé F..., tonnelier à Saint-Pardon, près Libourne, vint me présenter à Sainte-Foy, au mois de septembre dernier, sa petite fille, âgée de huit ans. Cette enfant était venue au monde avec un vice de

conformation dont la figure II ne pourra donner qu'une idée amoindrie.

Cas de M. Broca. Bec-de-lièvre compliqué unilatéral, se prolongeant jusqu'au voisinage de ’œil, et séparant le nez de la joue.



A l'âge de quatre ans, elle avait été présentée à notre regrettable collègue Chaumet (de Bordeaux), qui s'était décidé, non sans quelque hésitation, à tenter une opération; mais la réunion n'avait pu être obtenue, et, depuis lors, plusieurs chirurgiens de Bordeaux avaient refusé de faire une tentative nouvelle.

Le visage de cette pauvre enfant était vraiment horrible. Il y avait entre les deux parties de l'arcade alvéolaire un écartement de près de deux centimètres; les chairs, plus écartées encore, laissaient apercevoir les dents de chaque côté; la partie droite de la lèvre inférieure était très-peu développée, ainsi que la joue adjacente; en mesurant la distance de chaque commissure buccale à la paupière inférieure correspondante, on trouvait six millimètres de moins à droite qu'à gauche.

Au premier abord, on pouvait croire que la moitié droite du nez faisait presque entièrement défaut, car la fosse nasale droite était largement ouverte sur le côté, et on apercevait la cloison dans une grande étendue, comme si toute la paroi externe de cette fosse eût été excisée. Mais, en y regardant de plus près, on retrouvait près de la ligne médiane, au niveau du lobule, qui était dévié à gauche, un

rebord cartilagineux, presque vertical, quelque peu curviligne, qui représentait le bord libre de la narine. Ce bord curviligne aboutissait en bas à la sous-cloison et se continuait avec le bord gauche de la division de la lèvre supérieure ; en haut, il se continuait, sans ligne de démarcation bien tranchée, avec la lèvre interne d'une division verticale, qui remontait jusqu'à 1 centimètre du grand angle de l'œil; cette division, qui constituait la partie supérieure du bec-de-lièvre, séparait évidemment le nez de la joue, et le doigt porté dans l'angle supérieur de la solution de continuité des parties molles constatait sur le squelette l'existence d'une fissure située manifestement entre la branche montante du maxillaire supérieur et l'os propre du nez.

L'écartement des os maxillaires et palatins était si considérable que la fosse nasale droite et la cavité buccale ne faisaient littéralement qu'une seule cavité. La langue occupait continuellement la partie supérieure de cette cavité unique ; elle était par conséquent toujours dans la fosse nasale, et la pointe de cet organe, se mouvant entre le nez et la joue, au-dessus du niveau de l'arcade alvéolaire, donnait à la physionomie de l'enfant l'aspect le plus hideux qu'on puisse imaginer.

J'aurais bien voulu faire reproduire par la photographie ce curieux vice de conformation; mais l'enfant, qui se souvenait de sa première opération, et qui savait qu'on voulait l'opérer encore, avait une telle frayeur en présence des étrangers, elle se débattait tellement et poussait des cris si persistants, qu'il fallut y renoncer. Je dus me borner à prendre à la hâte un croquis très-imparfait que je montre à la Société.

Les détails les plus importants de ce croquis ont été transportés par M. Vien sur le calque d'une photographie faite quelques semaines après l'opération. Ce dessin est donc en partie schématique; je l'ai fait faire pour rendre la description plus claire; mais ayant été fait d'après un modèle sur lequel la plupart des difformités étaient déjà corrigées par suite de mon opération, il ne donne qu'une idée très-imparfaite de la déviation du nez, de la petitesse de la joue et de la conformation de la bouche.

L'écartement des bords de la division de la lèvre était tel que la réunion ne présentait que peu de chances de succès. La principale difficulté venait de l'atrophie considérable de la partie droite de la lèvre et de la joue correspondante. J'espérais toutefois qu'en séparant au loin les chairs du squelette, il deviendrait possible d'obtenir un allongement suffisant. Je me décidai donc à tenter l'opération. Elle fut faite le 21 septembre 1861 avec l'aide de mon père et de mon confrère le docteur Boymier. L'enfant fut tenue jusqu'à la fin sous

l'influence du chloroforme ; il fallut l'endormir deux fois, parce que l'opération dura plus d'une demi-heure.

J'avais à lutter contre deux obstacles : l'insuffisance des chairs et la situation de la langue, qui ayant toujours, si je puis ainsi dire, habité la fosse nasale et ayant en quelque sorte perdu son droit de domicile dans la bouche, serait venue après l'opération, si je ne m'y étais opposé, comprimer, refouler les chairs suturées au niveau de l'écartement des os, et détruire la substance molle de la cicatrice après l'ablation des épingles.

Cette action nuisible de la langue, trop peu étudiée par les chirurgiens, est certainement l'une des principales, probablement même la principale cause de l'insuccès de l'opération du bec-de-lièvre compliqué.

Notre collègue M. Goyrand (d'Aix) l'a reconnu pour la première fois au mois de novembre 1853; au mois d'octobre suivant, je fis la même observation sur une petite fille de deux ans, que j'opérai à l'Hôtel-Dieu, et chez laquelle, après un succès qui paraissait complet, je vis la pointe de la langue détruire de haut en bas le tiers supérieur de la cicatrice. Frappés l'un et l'autre de cette cause d'insuccès, nous nous occupâmes, chacun de notre côté, d'y porter remède. M. Goyrand fit construire à cet effet un petit appareil, qu'il nous montra dans la séance du 21 novembre 1855. C'est un abaisse-langue, composé d'une spatule en ivoire qui se fixe sur une mentonnière en métal, et qui tient la langue abaissée sur le plancher de la bouche pendant une quinzaine de jours après l'opération, jusqu'à ce que la cicatrice soit bien solide. Cet appareil a été appliqué avec succès, le 25 mars 1854, sur une petite fille de cinq mois qui avait déjà subi à l'âge d'un mois une opération infructueuse. (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1re série, t. VI, p. 265 (novembre 1855), et *Bulletin de thérapeutique*, 28 février 1856, t. L, p. 156.)

De mon côté, sans connaître ce fait, qui n'était pas encore publié, j'avais cherché à remplir autrement la même indication. Appelé à opérer, en mai 1855, avec le concours de M. Monod, un enfant de deux ans que deux de nos collègues avaient déjà opéré sans succès, je songeai d'abord à faire construire par M. Charrière un obturateur palatin que je me proposais de laisser en place pendant quelques semaines; mais après plusieurs essais, M. Charrière ne put réussir à fixer convenablement, sur un enfant aussi jeune et fort indocile, ce moyen prothétique. J'eus recours alors à un procédé que j'ai déjà mentionné dans la séance du 21 novembre 1855, à l'occasion de la communication de M. Goyrand (*Bulletins de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 266). Je passai à travers les ailes du nez, suivant le procédé

de Dieffenbach et de M. Phillips, l'aiguille à boulon mobile de M. Thierry, et je me servis de ce point d'appui pour fixer derrière la suture, entre la lèvre recousue et le plan de l'arcade dentaire, une lame de caoutchouc vulcanisé, qui, se réfléchissant au-dessous du bord libre de la lèvre, venait s'appliquer au-devant de la suture; cette lame formait donc une gouttière ouverte en haut, embrassant dans sa concavité toute la lèvre, y compris les sutures et les bandelettes agglutinatives, s'attachant en haut par un nœud à rosettes sur l'aiguille de Thierry, pouvant être abaissée à chaque pansement, et être remise aussitôt en place. Lorsqu'on a soin de relâcher le boulon au bout de trois ou quatre jours, l'aiguille nasale peut rester en place sans inconvénient pendant une dizaine de jours, et soutenir ainsi la gouttière de caoutchouc jusqu'à ce que la cicatrice ait une solidité suffisante.

J'eus recours à ce procédé avec un plein succès chez l'enfant que j'opérai le 24 mai 1855, en présence de MM. Monod et Herpin. Depuis lors je m'en suis servi dans tous les cas de bec-de-lièvre compliqué que j'ai opérés, et il a *constamment* réussi, excepté chez un enfant de quelques mois, qui ne put supporter plus de quatre jours l'aiguille nasale. Le nez étant très-petit, le pas de vis s'était trouvé trop court, et il avait fallu pousser le boulon avec un bouchon de liége, fixé tant bien que mal avec un fil. Soit que la pression fût trop forte, soit qu'elle fût mal dirigée, le boulon fit rapidement ulcérer la peau, et pénétra dans l'aile du nez; de telle sorte qu'il fallut enlever l'aiguille nasale au bout de quatre jours, en même temps que la dernière épingle. La lame de caoutchouc n'étant plus soutenue dut donc être enlevée, précisément au moment où sa présence allait devenir nécessaire; la lèvre, qui était bien réunie, se divisa de nouveau de haut en bas sous la pression de la langue, et au bout de dix jours, malgré l'emploi des bandages unissants les plus efficaces, la cicatrice fut entièrement détruite.

Cet échec, loin de me décourager, m'avait prouvé au contraire combien il importe de protéger pendant plusieurs jours contre l'action de la langue la molle cicatrice du bec-de-lièvre compliqué; depuis lors, j'avais appliqué deux fois avec succès ma petite gouttière de caoutchouc, et je n'avais aucune raison d'y renoncer, lorsque la complication insolite qui existait chez la petite F... me força à recourir à un autre moyen.

Chez cette enfant, en effet, l'aiguille nasale ne pouvait pas être appliquée, puisque l'aile droite du nez, séparée de la joue, ne pouvait lui fournir un point d'appui. Je fus donc obligé de revenir à ma première idée, qui consistait, comme je l'ai déjà dit, à fixer un obtura-

teur dans l'écartement de la voûte palatine et de l'arcade dentaire ; mais privé des ressources qu'on trouve dans les grandes villes chez les fabricants d'instruments de chirurgie, je dus chercher un moyen propre à remplacer, au moins pendant quelques jours, les obturateurs plus parfaits dont je ne pouvais disposer.

Je me servis à cet effet d'une lame de plomb, épaisse d'un demi-millimètre, longue de 5 centimètres, large de 3, et préalablement percée de deux petits trous pour le passage d'un fil suspenseur. Les deux parties de la lèvre ayant été disséquées et détachées de l'arcade alvéolaire dans une étendue suffisante, j'appliquai ma lame de plomb transversalement entre la lèvre et l'arcade dentaire ; puis je la recourbai en gouttière au-dessous du bord de cette arcade, et une légère pression faite avec les doigts suffit pour la faire rester en place. Toutefois, craignant que la pression de la langue ne fît tomber cet obturateur (crainte chimérique, comme on le verra tout à l'heure), je passai une anse de fil à travers deux trous percés près du bord postérieur de la lame de plomb, dans le point qui correspondait au milieu de l'écartement des os. Alors, avec une aiguille droite à manche, je fis passer les deux chefs de ce fil à travers la cloison, puis à travers la paroi latérale gauche du nez, et je les fixai sur un petit bout de sonde au-dessous de l'angle interne de l'œil gauche.

Cet obturateur, comme on voit, se composait de deux parties, l'une antérieure et verticale placée entre l'arcade dentaire et la lèvre, l'autre horizontale recourbée au-dessous du bord de cette arcade. Il resta en place jusqu'au 3 octobre, c'est-à-dire pendant douze jours, et protégea parfaitement la cicatrice contre l'action de la langue. Pour en finir avec cet obturateur, je dois dire qu'au bout de douze jours, lorsque mon père, après mon départ, voulut l'enlever, la section du fil suspenseur ne suffit pas à le rendre mobile ; des tractions assez fortes furent nécessaires pour l'ébranler, et mon père, craignant que cette action violente, rendue plus périlleuse encore par la résistance agitée de l'enfant, ne déchirât la cicatrice, fut obligé de diviser la lame de plomb avec des ciseaux et de l'extraire en deux moitiés. Je pense donc qu'à l'avenir on pourra appliquer l'obturateur en plomb sans fil suspenseur, et ce moyen me paraît maintenant préférable à la lame de caoutchouc pour remplir l'indication de protéger la cicatrice contre l'action de la langue.

Je dois parler maintenant du procédé opératoire auquel j'ai eu recours pour la réunion des parties molles. L'atrophie ou, si l'on veut, l'arrêt de développement de la joue droite, équivalait à une véritable perte de substance qui ne pouvait être comblée que par l'autoplastie.

J'avivai d'abord le bord droit de la division des parties molles dans toute son étendue, et je prolongeai cet avivement jusqu'à la commissure droite de la bouche ; puis je détachai du squelette la lèvre supérieure droite et la joue du même côté jusqu'à deux centimètres en dehors de la commissure, en évitant, bien entendu, d'atteindre le trou sous-orbitaire, où j'aurais divisé le nerf et l'artère du même nom.

Passant alors au bord gauche de la division, j'avivai ce bord de haut en bas jusqu'au point *a*, où me paraissait commencer le cartilage de l'aile droite du nez. Ce point *a* devait être affronté sur le bord opposé avec le point *a* situé un peu plus bas, car il fallait que le bord de l'aile du nez devînt à peu près horizontal, de vertical qu'il était ; sans cela, la forme du nez n'eût pas été rétablie.

Mais il en résultait que la partie gauche de la lèvre, déjà trop courte, allait être relevée, et par conséquent rendue plus courte encore. Pour remédier à cet inconvénient, je résolus de prendre un lambeau sur la partie gauche de la lèvre, et de le fixer au-dessous de la partie droite jusqu'à la commissure.

Au lieu donc d'aviver simplement le bord gauche de la lèvre, que j'avais préalablement disséqué jusqu'au niveau de la commissure, je fis, à partir de la sous-cloison, une incision profonde, légèrement curviligne, à concavité supérieure, obliquement dirigée en dehors ; j'obtins ainsi un lambeau épais, long de 2 centimètres environ, qu'il me fut facile de rendre horizontal, que j'attirai de gauche à droite comme un tiroir, que je fis glisser au-dessous de la partie droite de la lèvre, et dont je fixai le sommet au niveau de la commissure droite, à l'aide d'un point de suture entrecoupée. Le reste de la division fut réuni par la suture entortillée ; et comme le bord de l'aile du nez n'avait pas été avivé, j'obtins une narine ronde qui recevait aisément une sonde de femme, et qui ressemblait tout à fait à la narine du côté opposé.

L'opération terminée, la forme du visage était rétablie d'une manière vraiment inespérée ; mais il y avait beaucoup de tiraillement au niveau du point de suture supérieur de la lèvre, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de la narine. J'appliquai par-dessus la suture de la lèvre un bandage unissant en diachylon.

Dès le lendemain, 22 septembre, j'enlevai le point de suture entrecoupée qui fixait le sommet du lambeau dans la commissure droite.

Le 23, j'enlevai les deux épingles inférieures qui correspondaient au lambeau ; il restait encore quatre épingles, deux au-dessus de la narine, deux au-dessous. Je vis avec satisfaction que mon lambeau était parfaitement réuni.

7.

Le 24, j'enlevai les deux épingles supérieures ; la partie de la division qui s'étendait de la narine à l'angle interne de l'œil était parfaitement réunie.

Je me reproche de n'avoir pas enlevé le même jour les deux dernières épingles ; je m'étais assuré que les parties qu'elles rapprochaient étaient réunies par première intention, et le succès me paraissait complet. Mais d'une part le tiraillement des chairs, d'une autre part l'indocilité de l'enfant, qui s'agitait et criait violemment chaque fois qu'elle entendait un pas dans l'escalier, me firent craindre que le bandage unissant ne fût insuffisant pour protéger cette cicatrice de trois jours. Je n'enlevai donc mes deux dernières épingles que le 26 septembre, c'est-à-dire cinq jours après l'opération.

Ce jour-là je reconnus que les chairs étaient ulcérées sur le trajet de l'épingle supérieure, adjacente à la narine; la cicatrice n'était pas encore détruite, mais elle commençait à céder de haut en bas ; il y avait déjà un peu de suppuration sur l'ouverture de la narine, et tout annonçait que cette ouverture allait s'agrandir considérablement de haut en bas aux dépens de la lèvre.

Pour conjurer ce danger, si c'était possible, je fis sur la joue droite, à environ 2 centimètres en dehors de la cicatrice, une petite incision verticale qui diminua sensiblement le tiraillement; mais cela fut inutile, et les deux cinquièmes supérieurs de la lèvre, correspondant aux deux épingles qui avaient séjourné cinq jours dans les chairs, s'écartèrent progressivement, jusqu'à constituer une ouverture qui, réunie à la narine, pouvait admettre le bout du doigt.

J'ai lieu de croire que l'inflammation provoquée par le séjour trop prolongé des épingles, a contribué plus encore que le tiraillement des chairs à faire échouer cette partie de l'opération. Je regrette donc de n'avoir pas enlevé ces épingles au bout de trois jours, comme les autres.

Je quittai Sainte-Foy le 30 septembre, et mon père continua les pansements. J'ai déjà dit qu'il enleva l'obturateur en plomb le 3 octobre, c'est-à-dire douze jours après l'opération.

La partie de la cicatrice qui avait résisté était assez solide pour que la pression de la langue ne fût plus à craindre.

Le résultat définitif de l'opération a été constaté sur une photographie que je présente à la Société, et qui est reproduite sur la figure II. Cette photographie a été faite six semaines après l'opération. La forme de la bouche est parfaitement rétablie; celle du nez n'est pas moins satisfaisante, mais il reste au-dessous de la narine un trou assez large pour recevoir le bout du doigt. Une opération ultérieure des plus simples permettra de corriger ce dernier reste de la diffor-

mité. La joue droite est toujours moins haute que la gauche. Toutefois, l'ouverture buccale, grâce à l'épaisseur du lambeau, est devenue presque transversale ; elle était beaucoup plus oblique avant l'opération.

Enfin, mon père m'a écrit que le 12 octobre, c'est-à-dire au bout de vingt et un jours, l'écartement des os maxillaires était déjà réduit de près de moitié. Je ne doute pas que depuis lors ces os ne se soient rapprochés de plus en plus.

Je dois à l'obligeance de M. Giraldès la communication d'un procédé opératoire autoplastique analogue à celui que j'ai employé pour reconstituer la moitié droite de la lèvre. Ce procédé a été employé par notre collègue de Berlin, M. Hermann Friedberg, et il est publié avec un dessin dans le numéro de juillet 1856 de *British and Foreign Medico-Chirurg. Review*, n° 35, p. 208. Dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, où, comme chez mon opérée, la substance des lèvres faisait défaut plus que de coutume, M. Friedberg fit, à partir du bord inférieur de la narine, une incision horizontale, rendue oblique à sa partie externe, et tailla ainsi, *aux dépens de la joue*, un lambeau qui lui servit à recompléter la lèvre. Je ne connaissais pas cette observation, mais le procédé de M. Friedberg n'aurait pas été applicable chez ma petite malade, parce que la joue correspondante était déjà beaucoup trop petite, et qu'il n'eût pas été possible de lui emprunter un lambeau sans aggraver la difformité.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 5 mars 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. HUGUIER. Dans ces dernières années on s'est beaucoup occupé des anévrysmes ; leur symptomatologie et leur thérapeutique ont surtout fait des progrès. Aujourd'hui je me propose d'appeler l'attention sur leur thérapeutique en vous communiquant l'observation suivante :

Anévrysme traumatique de l'artère poplitée droite. — La compression digitale, la compression mécanique et les injections de perchlorure de fer sont employées inutilement ; ligature de l'artère crurale ; guérison.

Le 4 novembre 1861, est entré à Beaujon L... (Mathurin), âgé de trente-six ans, journalier, couché au n° 33, 1er pavillon.

Cet homme fait remonter le début de sa maladie à trois mois, et ce serait à la suite d'une violence extérieure qu'elle se serait manifestée. C'est une chute qu'il aurait faite de la hauteur d'un mètre environ ; il serait tombé sur le pied et le côté droit ensuite. En se relevant et en marchant, une douleur se serait fait sentir dans le jarret ; mais au dire du malade, il n'y aurait rien eu d'apparent pendant une semaine après l'accident.

Au bout de ce temps, la tumeur serait devenue aussi volumineuse qu'elle se montre à nos yeux au jour de l'entrée.

Les caractères qu'elle présente sont : des battements et une expansion considérable ; à l'auscultation on entend un bruit de souffle assez rude. Elle est d'une mollesse assez grande, un peu volumineuse, occupant la partie inférieure du creux poplité, saillante et facilement circonscrite. Le mouvement de flexion de l'articulation fémoro-tibiale est gêné. Dans tous les diamètres cette tumeur a 9 centimètres.

Le traitement de la tumeur est inauguré par la compression digitale, que l'on exerce tous les jours pendant une heure d'abord, puis pendant deux et trois heures. Cette compression est continuée pendant trois semaines, trois heures par jour en moyenne, et le 26 novembre on fait exceptionnellement, mais continuellement et sans interruption, la compression pendant plus de vingt-quatre heures. Cette compression, commencée à neuf heures du matin, se continue jusqu'au lendemain à midi et demi.

Elle est pratiquée sur la partie supérieure de la fémorale ; il y a parfois quelques moments d'interruption quand on change de main.

Le membre augmente de volume, s'œdématie ; les veines se distendent sous l'influence de la compression, qui devient douloureuse et finit par être *insupportable*. On est obligé de la suspendre.

Dans les premiers temps, la tumeur devient un peu plus dure, les battements sont moins forts, tout paraît indiquer, en un mot, la formation de caillots peu nombreux dans l'intérieur de l'anévrysme.

Après la compression prolongée, les battements sont diminués, le mouvement d'expansion est nul, la tumeur est assez dure.

Son volume toutefois ne paraît pas être diminué.

Le surlendemain de cette longue compression, les battements sont un peu revenus, l'expansion se manifeste légèrement.

Le jeudi 5 décembre, on pratique de nouveau la compression digitale, continuée pendant vingt-quatre heures.

La compression avec les doigts est aidée par des lacs, pour soutenir les doigts. Ce procédé comprime trop les doigts. On est obligé de l'abandonner pour revenir à la compression digitale simple.

On emploie encore successivement le tourniquet, le compresseur

Broca, etc.; mais on abandonne ces appareils, dont l'emploi est trop douloureux.

La compression devient si douloureuse, qu'elle ne peut être continuée plus d'un quart d'heure ou vingt minutes.

La compression digitale est supportée. Pendant qu'un aide comprime la crurale au pli de l'aine, un autre tient sa main sur la tumeur, pour observer les battements. On change les aides de vingt en vingt minutes, de manière à ne pas laisser passer le sang pendant les changements. De cette façon on arrive à comprimer de telle sorte qu'on ne sent plus qu'un ou deux battements toutes les dix minutes.

Pendant la durée de cette compression, le membre se tuméfie; les battements de la tumeur, quand la compression n'est plus appliquée un laps de temps très-considérable, se manifestent de nouveau. Bref, douze jours après la dernière compression de vingt-quatre heures, le 17 décembre, M. Huguier, voyant que ce traitement n'aboutit à aucun résultat solide et sérieux, décide de pratiquer, de concert avec M. Gosselin, une injection de perchlorure de fer dans l'intérieur de la tumeur.

En présence de M. Gosselin, M. Huguier ponctionne la tumeur avec un trocart très-fin : un jet de sang artériel, rouge, se montre. Pendant qu'un aide comprime la crurale, on injecte avec la seringue de Pravaz 18 gouttes de perchlorure à 17°; cela fait, on malaxe légèrement la tumeur, et on continue la compression de la crurale pendant un quart d'heure.

Les battements sont moins prononcés; la tumeur est plus dure. On applique alors un bandage légèrement compressif. Point d'accidents consécutifs, dureté plus grande de la tumeur et battements très-faibles.

Cet état se prolonge jusqu'au jeudi 26 décembre. Alors on pratique une nouvelle ponction et une nouvelle injection. A la ponction, issue d'un sang noirâtre et décomposé, semblable à de la sérosité mélangée à de la teinture d'iode. La canule est mobile dans la poche ; on l'enfonce à diverses profondeurs sans obtenir le jet caractéristique.

Malgré cela on perçoit toujours le bruit de souffle, le susurrus de l'expansion comme jadis. On injecte une pleine seringue de Pravaz de perchlorure à 30°; compression de la crurale et malaxation de la tumeur.

Point d'accidents inflammatoires jusqu'au 31 ; toutefois les battements n'ont pas disparu.

Le 1er janvier 1862, l'état du malade est revenu à peu près au même point qu'au début. La tumeur s'étend plus inférieurement que supérieurement. Les battements sont fréquents. Mollesse de la tumeur. A ce moment une inflammation de la tumeur et des tissus environnants

s'est manifestée ; un abcès s'est formé, et il est à craindre que le sang artériel ne se fraye un passage à travers l'ouverture de l'abcès, M. Huguier place un aide constamment auprès du malade.

L'ouverture spontanée de cet abcès, qui se fait le 3 janvier, est fort petite, et laisse écouler du pus qui jusqu'au 5 janvier n'est point taché de sang. (Cataplasmes froids sur la tumeur ; repos et immobilité.)— Douleurs de plus en plus vives et intolérables ; les battements se précipitent. Des cataplasmes fortement laudanisés, de l'extrait thébaïque pris à assez haute dose à l'intérieur, n'influent en rien sur son état. Le moral est très-affaissé ; amaigrissement ; refus de toute nourriture. Le malade réclame une opération.

Le 5 janvier, surveillance incessante, dans la prévision d'une issue dangereuse.

Dans la nuit du 5 au 6, du sang artériel s'échappe en petite quantité. — Emploi immédiat de la compression digitale, et avec des instruments.

Le 6, l'interne de garde, appelé constamment auprès du malade pour des hémorrhagies continues, mais pas encore très-considérables, manda en toute hâte M. Morel-Lavallée, qui pratiqua l'opération de la ligature.

La crurale fut liée à la partie supérieure du triangle inguinal. L'opération s'effectue presque sans écoulement de sang. Aussitôt disparition des symptômes propres à l'anévrysme, des battements ainsi que du pouls de la tibiale postérieure. Un pansement à plat est appliqué sur la plaie sans aucun bandage, pour éviter la compression ; cataplasme sur la tumeur ; le genou est mis dans une demi-flexion ; potion cordiale de l'extrait thébaïque, 10 centigrammes en pilules. La nuit se passe très-bien. Le malade nous dit le lendemain avoir joui d'un très-bon sommeil, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

De la tumeur s'échappent avec le pus des détritus de sang paraissant être les caillots de la tumeur, mais tellement défigurés, probablement par les injections et les manipulations précédentes, qu'on ne saurait y retrouver l'état stratifié si remarquable des poches anévrysmales.

L'état général s'est considérablement amélioré.

Du côté du membre, on ne remarque aucun signe d'infiltration ou de gangrène, comme on aurait pu le craindre après l'opération ; la sensibilité est conservée. Le retour de la circulation paraît s'effectuer très-favorablement. Le genou est toutefois toujours tenu dans l'immobilité. Enfin, toutes les précautions sont prises pour éviter le retour du sang artériel vers la poche.

Trois jours après l'opération, la plaie est dans un très-bon état ; la suppuration se fait bien.

Les jours suivants, l'ouverture de la tumeur s'agrandit et donne toujours issue à du sang, sous forme de caillots un peu déformés par un mélange de pus.

Le pansement de la plaie opératoire est ensuite fait tous les deux jours ; puis on arrive, au bout de dix jours, à le faire chaque matin.

Quinze jours après l'opération, il ne sort plus de sang par l'ouverture de la tumeur. Quelques mouvements sont permis au malade, et même effectués chaque jour, pour qu'il ne se manifeste point de roideur articulaire ; mais le repos au lit est prescrit rigoureusement.

L'état général est excellent, l'appétit complétement revenu. La circulation s'est rétablie, car on perçoit, faiblement, il est vrai, les battements de la pédieuse, mais très-sensiblement ceux de la tibiale postérieure.

Le 25 janvier, la ligature tombe spontanément. A partir de ce moment, la cicatrisation marche à grands pas.

Le 1er février, des bourgeons charnus apparaissent sur la plaie inguinale ; on en voit aussi le 8 février sur la plaie du creux poplité. Cautérisation de ces bourgeons charnus avec le nitrate d'argent, et pansements simples. A la place de la tumeur se voit une induration circonscrite dans des limites assez étroites, et qui ne présente aucune pulsation ni aucun battement. Les mouvements du genou sont aussi étendus que possible le 15 février ; la mensuration des deux genoux donne des résultats identiques. Le malade, à cette époque, se lève, marche et vaque à quelques petites occupations de salle.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Dans ce fait, je vois qu'on a employé d'abord du perchlorure à 17° et puis à 30°. Je voudrais savoir :

1° D'après quelles données on a d'abord employé le perchlorure à la dose de 18 gouttes et à 17°.

2° Sur quelles considérations on s'est basé pour injecter ensuite le perchlorure à la dose de 30 gouttes à 30°.

M. HUGUIER. Je me suis éclairé auprès de M. Gosselin pour la direction du traitement de ce malade. Or M. Gosselin, qui a une grande habitude de l'emploi du perchlorure, a décidé lui-même la dose et le degré du médicament, et il a fixé une petite dose à un faible degré, dans la crainte de l'inflammation et de la gangrène. Le perchlorure que nous avons employé était parfaitement pur ; il était préparé par M. Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie. Voyant qu'à 17° 18 gouttes n'avaient pas réussi, j'ai pensé naturellement

qu'il fallait avoir recours à une injection plus forte et plus condensée, et conjointement avec M. Gosselin nous avons injecté du perchloruro à 30° et à la dose de 30 gouttes.

M. GIRALDÈS. J'aurais compris la donnée que M. Huguier vient de nous fournir, à savoir : une injection de 18 gouttes de perchlorure à 17°. Mais je ne vois pas pourquoi on a tout de suite doublé la dose d'un liquide qu'on venait de rendre deux fois plus condensé.

La crainte de gangrène n'est nullement fondée. Le perchlorure à 20° injecté dans les artères des gros animaux n'attaque pas du tout l'épithélium de ces vaisseaux. A 30°, il y a une cautérisation sur les tissus non vasculaires, et le sang qui a subi le contact de ce liquide se coagule immédiatement en formant un magma autour duquel la fibrine se dépose et rend ainsi le coagulum plus solide et plus protecteur contre l'action trop irritante du liquide injecté. Il faut reconnaître alors que 30 gouttes de perchlorure de fer à 30° constituent une quantité trop forte et une qualité trop énergique, de sorte que le caillot est trop fort, et les accidents peuvent survenir.

M. HUGUIER. M. Giraldès vient de nous donner son opinion. Mais tout le monde n'est pas de son avis. M. Gosselin, se basant aussi sur des expériences, a une manière de voir tout opposée et tout aussi respectable.

M. Giraldès prétendait autrefois que le perchlorure de fer ne cautérisait pas, n'amenait pas de gangrène. Mais c'était là une erreur évidente, et j'ai vu des gangrènes se manifester sur tous les tissus. Si dans ce cas particulier nous avons doublé la dose d'un liquide doublement condensé, c'est que nous avons pensé que cela était nécessaire. Du reste, si nous avons eu une inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, et rupture des parois du sac anévrysmal à la suite de cette inflammation, c'est que, la suppuration ayant détruit cette peau et ce tissu sous-cutané, les parois du sac n'avaient plus de soutien, et de là une distension qui devait amener une rupture. Mais il faut bien remarquer qu'il n'y a pas eu de gangrène.

Je trouve aussi qu'à la suite de cette rupture nous avons eu une hémorrhagie artérielle. Or cela prouve évidemment que le caillot n'était pas trop fort. Du reste, cela n'infirme en rien les expériences faites par M. Giraldès sur de gros animaux. Mais il ne faut pas conclure de ce qui arrive chez eux à ce qui arrivera chez l'homme.

M. GIRALDÈS. Je rejette les croyances et les préjugés, je ne veux que les démonstrations. Mon opinion est basée sur un grand nombre d'expériences faites sur l'homme comme sur les animaux, et c'est d'après ces expériences que je trouve étrange le passage de 17° à 30° après avoir rendu le liquide plus condensé.

Je n'ai pas dit que le perchlorure de fer ne cautérisait pas. Dès 1853, époque à laquelle j'ai publié mon mémoire, j'avais parfaitement établi que cet agent mortifie les tissus non vasculaires. Depuis cette époque, je n'ai pas modifié mon opinion.

M. HUGUIER. M. Giraldès nous paraît établir aujourd'hui une distinction nouvelle entre les tissus vasculaires et les tissus non vasculaires. Au début des injections de perchlorure, nous avions positivement constaté que cet agent était caustique, et je me souviens parfaitement que M. Giraldès niait cette action ; les procès-verbaux de la Société en feront foi au besoin. Au reste, cette discussion importe peu pour le sujet que je présente, et je veux finir cette discussion en formulant une proposition. Tout en cherchant des procédés nouveaux, doux, non violents, le chirurgien sera encore, je crois, souvent obligé de recourir à des moyens sanglants, tels que la ligature ou l'ouverture du sac dans le traitement des anévrysmes.

— **M. VERNEUIL**, au nom d'une commission composée de MM. Debout, Legouest et Verneuil, rapporteur, lit un rapport sur deux observations d'anévrysme diffus de la région poplitée, adressées à la Société de chirurgie par M. le docteur Bourguet (d'Aix).

CORRESPONDANCE.

M. MARJOLIN a annoncé, dans la séance du 29 janvier dernier, que les élèves et les amis du professeur Chélius, membre associé étranger de la Société de chirurgie, se proposaient de célébrer le jubilé de cet illustre maître, c'est-à-dire le cinquantième anniversaire du jour où il a été reçu docteur. La Société a aussitôt invité M. le secrétaire général à adresser à M. Chélius les félicitations et les vœux de ses collègues de Paris.

En réponse à cette lettre, le vénérable professeur d'Heidelberg adresse à la Société une lettre latine où il exprime en un style d'une élégance et d'une pureté remarquables, ses sentiments de gratitude.

M. LE SECRETAIRE GENERAL donne lecture de cette lettre, qui est accueillie avec autant de satisfaction que de respect.

Dans une lettre particulière adressée à M. le secrétaire général, M. Chélius rappelle en termes touchants l'inaltérable amitié qui le liait au professeur Roux, dont il avait été l'élève à Paris en 1817. A la même époque, il suivit les leçons de Boyer, de Dupuytren, de Dubois et de Larrey, et il se plaît à déclarer que l'enseignement de ces illustres représentants de la chirurgie parisienne a exercé une haute influence sur la direction de ses travaux.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

— Bauchet. *Abcès de la fosse iliaque*. Paris, 1862. In-8°.

— Francisco de Argilagos. *Classification sur les maladies internes de l'œil révélées par l'ophthalmoscope*. Versailles, 1862. In-8°.

— Ambrozio Gherini. *Tetano traumatico curato col curaro*. Milan, 1862. In-8°. (Présenté par M. Larrey.) M. Giraldès est invité à rendre compte de ce travail.

— Boëns-Boisseau (de Charleroi, Belgique). *Traité des maladies, accidents et difformités des houilleurs*. Bruxelles, 1862. In-8°.

— M. Larrey fait don à la Société de la collection de plusieurs journaux de médecine pour l'année 1861.

— M. le président offre à M. Larrey les remercîments de la Société.

— M. Larrey offre à la Société, de la part de M. le docteur Antonin Martin, médecin militaire, un manuscrit renfermant une analyse détaillée de l'*Histoire clinique et anatomique des tumeurs*, du professeur Zangalli, de Pavie. Ce manuscrit intéressant sera soigneusement classé dans les archives, pour être mis à la disposition des membres de la Société qui désireront le consulter.

— M. Larrey dépose ensuite sur le bureau une lettre de M. Levicaire, ancien chirurgien de la marine, renfermant une observation d'imperforation du rectum et une observation de fissure à l'anus guérie par la cautérisation. (Commissaire, M. Desormeaux.)

— M. Verneuil dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur Delore (de Lyon), sur les polypes naso-pharyngiens. M. Delore est candidat au titre de membre correspondant national. (Commissaires, MM. Chassaignac, Huguier, Follin.)

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. HOUEL. A l'occasion de la présentation de M. Verneuil faite dans une des précédentes séances, il a été parlé d'observations de rhinoplastie totale faite par M. Nélaton avant celle de M. Ollier. Je puis aujourd'hui mettre sous les yeux des membres de la Société les pièces à l'appui. M. Péan, interne à cette époque dans le service de M. Nélaton, ayant recueilli cette observation, a bien voulu la mettre à ma disposition, pour la communiquer à la Société. Cette observation est assez importante pour que je demande la permission de la lire en entier.

Marie M..., institutrice, âgée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 19 octobre 1858.

Cette jeune fille demeurait à Nice en 1852, quand elle fut prise d'accidents syphilitiques qui détruisirent le nez et le voile du palais,

En 1856, elle alla consulter M. Sperino. Celui-ci, très-partisan de la syphilisation, fit au bras et sur les côtés de la poitrine quatre-vingt-sept inoculations, dont la malade conserve les traces indélébiles. Comptant sur la promesse du chirurgien de Turin, Marie se croit désormais à l'abri de toute récidive, et vient à Paris supplier M. Nélaton de tenter la rhinoplastie.

Voici l'état dans lequel elle se présente :

La saillie du nez a disparu pour faire place à une dépression concave en avant. Vue de face ou de profil, la difformité est d'autant plus choquante que le travail morbide, en provoquant l'aspiration du tégument vers les cavités olfactives, a singulièrement exagéré la saillie des sourcils, des globes oculaires et de la lèvre supérieure. Il n'y a plus de cartilages. Les os eux-mêmes ont été partiellement détruits. La peau, ridée, couverte de brides cicatricielles, suffit à peine pour tapisser cette large brèche. Au centre de l'enfoncement, on distingue un vestige de la narine gauche, et un orifice capable d'admettre un stylet. Ce pertuis laisse passer un peu d'air et quelques mucosités lorsque la malade se mouche avec force; mais il ne permet pas de distinguer les odeurs les plus pénétrantes, tant est difficile la circulation aérienne dans les cavités olfactives, profondément altérées. Cette difficulté est encore accrue par l'existence d'une cicatrice qui a fusionné le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

En raison des antécédents fournis par la malade, M. Nélaton refuse tout d'abord l'opération, convaincu que de nouveaux accidents ne se feront pas longtemps attendre. Cette prévision est bientôt confirmée. Six semaines ne sont pas encore écoulées que déjà une tumeur syphilitique entoure le sterno-mastoïdien. Le mercure et l'iodure de potassium sont administrés, et sous l'influence de ce traitement l'état général et l'état local s'amendent, si bien que M. Nélaton accède aux prières de la jeune fille.

Toutefois, avant de l'opérer, il passe en revue les divers procédés de rhinoplastie totale, discute leurs avantages, leurs inconvénients, et donne la préférence à celui qui satisfait le mieux aux deux indications suivantes :

1° Reconstituer, à l'aide de lambeaux pris sur les régions voisines, un nez saillant et bien conformé;

2° Prévenir la déformation consécutive.

La première indication, dit-il, est bien remplie, quel que soit le procédé mis en usage. Il n'en est pas de même de la seconde. Celle-ci, de l'aveu de tous les chirurgiens, est difficile à réaliser. Pour ce qui est de sa pratique, M. Nélaton déclare qu'il a obtenu plus d'avantages par les lambeaux latéraux que par le lambeau supérieur, peut-

être en raison de l'épaisseur et de l'absence de torsion. A l'appui de cette assertion, il cite l'observation suivante (1) :

En 1856, un jeune homme se présente à l'hôpital des Cliniques avec un nez tellement détruit que le regard plonge librement dans les fosses nasales. M. Nélaton prit sur la partie antérieure des joues deux lambeaux épais, trapézoïdes, renfermant le périoste sus-maxillaire dans son épaisseur, et les transplanta au-devant de l'antre nasal. Les bords internes furent réunis sur la ligne médiane, les bords externes appliqués sur le pourtour osseux des maxillaires. Grâce à la dénudation des branches montantes, il y eut une cicatrice adhérente qui prévint l'aplatissement des lambeaux. Toutefois le cas était peu favorable, vu l'absence complète de tégument au-devant des cavités nasales. Il en résulta que, faute de support, les lambeaux devenus médians s'affaissèrent un peu par le fait de la cicatrisation.

Malgré cette complication, on peut dire que le résultat était déjà supérieur à ceux obtenus antérieurement. Cependant M. Nélaton ne se tient pas pour satisfait. Après mûres réflexions, après de nombreuses expériences sur le cadavre, il pense qu'il serait peut-être avantageux :

1° D'enlever avec plus de soin le périoste, afin d'obtenir une lame osseuse propre à soutenir le nez nouveau;

2° D'adosser par la surface saignante la portion de lambeau destinée à reproduire l'aile du nez, et d'empêcher par ce moyen la narine d'obéir à la cicatrice.

Pour toutes ces raisons, voici les règles que M. Nélaton se propose de suivre chez sa jeune Italienne :

1° Introduire dans l'orifice cutané un morceau de racine de gentiane ou d'éponge préparée, afin d'obtenir par la dilatation progressive un écoulement facile des mucosités;

2° Circonscrire par une double incision la peau qui obture la brèche, afin de conserver au-devant de la gouttière nasale un pont fixe, inextensible, en forme de cœur de carte à jouer, propre à servir de support au nez nouveau;

3° Tailler sur la partie antérieure des joues deux lambeaux latéraux comprenant toute l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la face externe des apophyses montantes, et renfermant dans leur épaisseur le périoste, dont personne n'ignore les propriétés ostéoplastiques ;

(1) Nous avons puisé ces citations dans une leçon clinique qui fut faite par M. Nélaton au mois de décembre 1858, à propos de Marie M....

4º Donner à ces lambeaux une forme trapézoïde, un pédicule supérieur, deux bords latéraux allongés, une base large représentant le contour des ailes et du lobule;

5º Les détacher, les mobiliser, les adosser sur la ligne médiane, de façon à obtenir une arête saillante constituant le dos du nez;

6º Réunir par suture métallique le bord antérieur des deux lambeaux; maintenir leurs bords postérieurs accolés aux os partiellement dénudés, afin d'obtenir une cicatrice adhérente;

7º Adosser à elle-même la peau qui correspond à l'angle externe et inférieur de chaque lambeau; traverser ce repli à l'aide d'une épingle; par ce moyen faire cicatriser ensemble les surfaces saignantes qui correspondent à l'aile du nez, afin d'affranchir celle-ci de toute adhérence qui pourrait ultérieurement l'entraîner au dehors;

8º Comprimer les faces latérales du nez à l'aide d'une pince à ressort construite à cet effet, et grâce à cette compression douce, longtemps prolongée, obtenir un sillon naso-génien.

L'opération fut exécutée vers le 20 avril 1859, de point en point, comme M. Nélaton l'avait prévu, et le résultat immédiat fit concevoir les plus belles espérances; en effet deux lambeaux, unis sans effort, masquaient la difformité et constituaient sur la ligne médiane un dos du nez régulier, terminé par un lobule arrondi, saillant de plusieurs centimètres. Sur les côtés, les faces latérales, le contour des narines et des ailes se dessinaient au-devant de deux surfaces saignantes, et étaient disposés de manière à résister au travail de cicatrisation qui allait s'opérer.

Pendant les premiers jours, le pansement fut simple, et consista uniquement en compresses arrosées d'eau tiède.

Au quinzième jour, la cicatrisation, déjà fort avancée, s'opérait sans trouble local ni général.

Le seizième jour, on vit la plaie se couvrir de bourgeons grisâtres, de petites ecchymoses, et on eut à redouter l'invasion de la pourriture d'hôpital; mais quarante-huit heures après les craintes étaient dissipées, grâce à l'emploi de la teinture d'iode.

Enfin, le 1er juin 1859, c'est-à-dire six semaines après l'opération, la cicatrice était achevée.

A partir de ce moment se produisirent les effets de la cicatrisation secondaire. Celle-ci, loin de déjouer les projets de M. Nélaton, les servit merveilleusement. En effet, M. Nélaton avait à dessein conservé au dos du nez une longueur démesurée, et fait descendre le lobule au-devant de la lèvre supérieure. Sous l'influence du travail cicatriciel, on vit ce lobule remonter peu à peu, et reprendre une bonne position. Plus tard, grâce à la pince à ressort, les faces latérales s'atro-

phieront par compression et conserveront un aplatissement favorable. Cela fut d'autaut mieux obtenu, que la vitalité des lambeaux était imparfaite.

Enfin, pour être plus certain du résultat définitif, M. Nélaton conserva la malade dans les salles pendant plusieurs mois. C'est alors que Marie M... fut soumise aux regards des nombreux médecins français et étrangers qui fréquentent l'hôpital des Cliniques. Chacun constata que le nez avait une grande fermeté, une certaine sensibilité, et qu'il ne s'était pas affaissé notablement après l'opération.

Marie retourna dans ses foyers heureuse du résultat, et l'on peut dire, ce qui est rare quand il s'agit de rhinoplastie totale, que l'opération avait à la fois satisfait et la malade et le chirurgien.

M. HUGUIER. Lors de la discussion engagée à l'occasion de la communication faite par M. Verneuil, j'ai émis des doutes sur l'ossification du périoste. Eu égard à l'observation que nous communique M. Houel, je suis obligé de rester encore dans le même doute; elle n'est pas plus probante en ce qui concerne l'ostéoplastie périostique.

M. VERNEUIL. Il s'agit de décider un point historique. M. Houel a pensé que j'avais commis une erreur en affirmant que le principe de l'ostéoplastie périostique appartenait à M. Ollier. Or, la malade de M. Nélaton a été opérée en 1859, et celle de M. Ollier l'a été en 1858. La priorité de l'opération appartient donc à M. Ollier.

M. BÉRAUD. M. Verneuil vient de nous affirmer que le principe de l'ostéoplastie périostique appartient à M. Ollier. Or je ne puis partager cette manière de voir. Le principe de l'autoplastie périostique appartient sans conteste à M. Jordan, chirurgien de l'hôpital de Manchester. Bien avant M. Ollier, en 1854 et en 1855, M. Jordan avait fait dans son hôpital des opérations avec autoplastie du périoste pour la cure des pseudarthroses.

En juin 1856, M. Nélaton faisait, d'après une communication de M. Jordan, une leçon intitulée *Autoplastie périostique*, *nouvelle méthode pour le traitement des pseudarthroses*. Cette leçon a été reproduite dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 7 juin 1856.

Presque à la même époque, notre honorable collègue M. A. Richard traitait un malade à l'Hôtel-Dieu d'après les données de l'autoplastie périostique. Cette observation est consignée dans la thèse de M. le docteur Roy (12 juillet 1856). Ainsi, il n'y a pas le moindre doute sur ce point, l'autoplastie périostique a été faite avant M. Ollier, et c'est à M. Jordan que l'honneur de l'application de cette méthode doit être rapporté.

M. HOUEL. L'observation de M. Nélaton est de 1856, et par conséquent bien antérieure à celle de M. Ollier.

M. VERNEUIL. Je me suis trouvé souvent dans l'occasion do converser avec M. Nélaton sur la rhinoplastie totale. Or, dans ces conversations, M. Nélaton m'a bien affirmé qu'il a fait l'autoplastie périostique seulement chez son second malade.

Maintenant, arrivons à la réclamation faite par M. Béraud, au nom de M. Jordan. Il n'y a pas de comparaison entre les pseudarthroses et la rhinoplastie. Qu'a fait M. Jordan? Il a disséqué une manchette périostique et en a revêtu un des fragments? Peut-on dire qu'il y a là autoplastie périostique? Je ne le pense pas. Ce qui a été fait par M. Ollier est bien différent.

M. BÉRAUD. Tout le monde est d'accord sur ce point : c'est qu'il y a une grande différence entre l'opération de M. Jordan et la rhinoplastie. M. Jordan a tiré parti des conditions dans lesquelles il se trouvait, mais il a bien fait et bien voulu faire de l'autoplastie périostique. Cela ressort évidemment de la lecture de son mémoire. C'est lui qui le premier a institué la méthode, et il l'a appliquée à la cure des pseudarthroses, comme il aurait pu le faire pour la restauration totale d'un nez. Sans doute M. Ollier a varié les expériences de M. Flourens et de Duhamel, mais tous les faits qu'il a invoqués nous étaient parfaitement connus avant lui, en ce qui concerne le périoste. Ainsi, au point de vue expérimental comme au point de vue de l'application aux opérations chirurgicales, M. Ollier n'a pas le mérite de l'invention. C'est M. Flourens qui a découvert le fait scientifique, et c'est M. Jordan qui en a fait le premier l'application.

M. VERNEUIL. La question du rôle du périoste au point de vue chirurgical devrait être traitée à fond devant la Société, et je demande qu'elle soit mise à l'ordre du jour.

— Consultée par M. le Président, la Société adopte cette proposition.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEPAUL présente à la Société les pièces anatomiques d'un enfant qui avait un spina-bifida. Il les présente parce qu'elles peuvent éclairer la question du traitement de cette affection.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 12 mars 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. Verneuil. Je demande la parole d'abord pour vider définitivement un incident historique soulevé dans la séance précédente. D'après la communication faite par M. Houel, M. Nélaton, lors de sa première opération de rhinoplastie à lambeaux latéraux, c'est-à-dire dès 1856, aurait conservé le périoste à la face profonde des lambeaux ; il aurait répété en 1859 le même procédé avec plus de soin encore; or, M. Nélaton m'ayant affirmé qu'il n'avait rien fait de semblable en 1856 et qu'il n'a songé que lors de sa seconde opération à l'ostéoplastie périostique, il faut cesser de revendiquer pour lui une priorité qu'il décline et qu'il ne réclame en aucune façon. Lors de la seconde opération faite en avril 1859, M. Ollier avait déjà fait non pas son opération (comme me le fait dire le procès-verbal du 5 mars), mais de nombreuses communications sur les greffes osseuses et l'ostéoplastie périostique.

Je maintiens donc à cet égard les premières assertions que j'ai produites.

J'avais, dans la même séance du 5 mars, répondu à M. Béraud relativement à la part que M. Flourens pouvait réclamer dans la conception de l'ostéoplastie périostique, et comme le procès-verbal ne mentionne pas cette partie de mon allocution, je renouvelle ma protestation et j'insiste pour qu'elle trouve place dans le procès-verbal, car jamais je n'ai été plus disposé à prendre la responsabilité complète d'une assertion dont je suis d'ailleurs tout prêt à produire les preuves.

Je disais : Qu'à moins de vouloir trouver *tout dans tout*, il n'y avait dans les travaux de M. Flourens aucune trace de la découverte des greffes osseuses ; que ces travaux d'ailleurs ne présentaient aucun fait important et original qui n'ait été découvert et consigné depuis bien longtemps dans les œuvres si remarquables de Troja, de Duhamel, de Vigaroux et de bien d'autres ; que depuis le commencement de ce siècle la physiologie normale et pathologique du périoste n'avait rien gagné de majeur, que les applications chirurgicales faites aux résections et à l'autoplastie étaient les seuls progrès qu'on eût à signaler, mais qu'en même temps il fallait reconnaître que M. Flourens y était tout à fait étranger.

Je demandais que la Société de chirurgie mît à l'ordre du jour de ses travaux cette importante question historique, pour que la vérité ne fût pas plus longtemps obscurcie, et pour qu'il soit mis un terme à des prétentions exorbitantes dont toute la génération actuelle ne peut consentir à se faire complice ; qu'il était temps enfin de rendre à chacun le sien et de ne pas continuer à dépouiller les morts et les petits au profit des vivants et des puissants. Je m'offrais d'ailleurs, si mes paroles paraissaient trop hardies, à les corroborer par l'ensemble de démonstrations le plus imposant, car elles n'étaient point prononcées à la légère et ne m'étaient dictées que par le désir de remplir un devoir d'équité.

— M. MARJOLIN. Je viens, au nom de M. Hélie, de Saint-Florentin, vous communiquer une observation d'opération césarienne pratiquée avec succès. C'est encore un de ces faits qui abondent par lui-même en médecine.

Tout récemment, devant l'Académie, M. Gosselin, insistant sur l'insalubrité des salles, faisait remarquer avec justesse que, les pansements étant les mêmes en province qu'à Paris, ce ne pouvait pas être là la cause de la mortalité plus grande dans les hôpitaux. Quoi qu'il en soit, voilà deux élèves de Marjolin, deux anciens internes de mon père, suivant sa pratique pour les pansements simples, qui obtiennent deux succès dans une opération qui n'a jamais réussi dans nos hôpitaux : c'est d'une part M. Godefroy, à la Havane ; et de l'autre part M. Hélie, à Saint-Florentin.

M. Hélie demande le titre de membre correspondant. (Commissaire, M. Blot.)

— M. GOSSELIN. Je viens remettre une seconde lettre de M. Rollet relative au rapport de M. Cullerier. Cette lettre, ayant soulevé une courte discussion, est renvoyée au secrétaire, qui en fera un extrait très-sommaire.

Dans cette lettre M. Rollet adresse quelques réclamations contre les conclusions du rapport de M. Cullerier, en ce qui concerne le mémoire de M. Langlebert sur la transmission de la syphilis secondaire, et se justifie du soupçon d'avoir voulu s'approprier les idées de M. Langlebert.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Vierteljahrschrift für die praktische, Heilkunde.

— Les deux discours prononcés à l'ouverture de la séance de 1862 de l'Académie royale de médecine de Madrid, par MM. les docteurs Nieto Serrano et Alonso y Rubio. Madrid, 1862, in-4°.

— Un mémoire de M. le docteur Iglesias, intitulé : *Sobre las analogias y diferencias entre el tabardillo pintado de los antiguos y las fiebres tifoideas y tifus de los modernos*. (Communiqué par l'Académie de Madrid). Madrid, 1862, in-4°.

— Fuzier. *De l'usage de la déformation des pieds chez les femmes chinoises*. Paris, 1862, in-8°.

RAPPORT.

M. VERNEUIL continue la lecture de son rapport sur les travaux de M. Bourguet (d'Aix), et communique l'observation suivante due à ce dernier chirurgien.

Le nommé G..., tailleur de pierres, âgé de trente-quatre ans, robuste, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de syphilis ni aucune autre affection diathésique, s'est aperçu, il y a trois ou quatre ans, de l'existence d'une tumeur dans le creux du jarret du côté droit.

D'abord peu volumineuse, elle s'est accrue et a fini par acquérir la grosseur d'un œuf de poule. Elle s'est alors accompagnée de faiblesse, de douleur obtuse, d'engourdissement dans le membre correspondant. Mais le malade ne croyant pas être atteint d'une maladie grave, et pouvant continuer son travail, s'en est préoccupé très-médiocrement, rapportant les symptômes qu'il éprouvait à une *sciatique*.

Le 3 décembre 1859, étant occupé à monter et à mettre en place une grosse poutre de bois, il avait les deux pieds posés sur les barreaux d'une échelle, une extrémité de la poutre reposant sur l'épaule droite, lorsque le pied droit ayant manqué l'échelon supérieur, glisse et vient se placer avec force sur l'échelon inférieur. La jambe droite se trouvait en ce moment dans l'extension forcée et supportait à elle seule le poids du corps augmenté de celui de la pièce de bois et de l'impulsion imprimée au corps tout entier. A l'instant, G... ressent, dit-il, une douleur très-vive dans le jarret, avec sensation de rupture, et il s'aperçoit que la tumeur tend à prendre un accroissement beaucoup plus considérable. Après avoir interrompu son travail pendant deux ou trois heures, il essaye de le reprendre, et il le continue tant bien que mal ce jour-là et les deux jours suivants, ne pouvant marcher que sur la pointe du pied.

Jusqu'au 10 décembre, il se lève et se promène à l'aide d'une canne ; il essaye même de travailler, mais la gêne et la douleur qu'il éprouve dans le jour ne lui permettent pas de continuer.

Le 10 seulement il consulte un médecin. Celui-ci méconnaît l'anévrysme. Un second médecin reconnaît la tumeur anévrysmale et

conseille la compression digitale. Le malade se rend à l'hôpital d'Aix, où il est visité par M. le docteur Chabrier.

Le 27, G.., se fait admettre à l'hôpital. Voici les symptômes qu'il présente :

Le creux du jarret est rempli par une tumeur volumineuse, molle et fluctuante vers sa partie centrale, un peu plus dure et plus rémittente vers sa circonférence, de forme irrégulière, mal limitée à l'extérieur, à grand diamètre vertical, s'étendant en dedans et en dehors sous les muscles, qui sont fortement soulevés et écartés de la ligne médiane. En haut, la tumeur paraît remonter à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. En bas, elle se prolonge du côté du mollet, et dépasse ce même interligne d'environ trois travers de doigt. La peau présente une couleur légèrement violacée ; elle est parsemée de veines bleuâtres et adhère à la tumeur vers le milieu de la région poplitée.

Elle est en outre soulevée par des battements très-manifestes, isochrones à ceux du pouls, et par un mouvement d'expansion appréciable à la vue, seulement ces battements et ce mouvement d'expansion sont plus superficiels et plus faciles à percevoir dans certains points que dans d'autres, au milieu de la tumeur que vers sa circonférence. On y distingue également, surtout en arrière, au centre de l'espace poplité, un frémissement vibratoire quand on presse légèrement avec la main. Enfin, elle est le siége d'un bruit de souffle intermittent, isochrone à l'expansion, ayant son maximum d'intensité en arrière, à l'endroit qui vient d'être indiqué, ainsi que d'un second bruit de souffle systolique plus léger et moins distinct que le précédent.

Tous ces symptômes cessent et la tumeur s'affaisse considérablement lorsque l'artère est comprimée sur le pubis ou à la partie interne et supérieure de la cuisse. Ils reparaissent instantanément lorsque la compression s'arrête.

Point d'œdème ni d'induration à la jambe et au pied. Les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse se sentent, mais moins distinctement que dans l'état normal. Le membre est plus froid que celui du côté opposé ; il est le siége d'un engorgement très-prononcé aux environs du genou ; la rotule est un peu soulevée en avant ; la pression dans cette partie provoque de la doulenr, mais on n'y distingue pas de battements. Le pouls bat de 75 à 80 pulsations par minute. Le malade n'accuse pas de douleur dans la tumeur du jarret ; seulement il éprouve de l'engourdissement et une grande faiblesse dans tout le membre, ainsi que quelques élancements et quelques fourmillements dans le mollet et dans le pied. Les mouvements de flexion sont très-difficiles et très-notablement gênés ; ceux d'extension

sont plus faciles. La position demi-fléchie est celle qui fatigue le moins le malade et celle qu'il conserve le plus habituellement.

La compression digitale fut commencée le 28 décembre et continuée les jours suivants.

A diverses reprises, la compression indirecte fut aussi pratiquée à l'aide d'un bandage à ressort élastique analogue au brayer, avec pelote et contre-pelote. Plusieurs fois, enfin, nous eûmes recours à un sac de plomb d'un kilogramme environ, appliqué sur le trajet de l'artère et maintenu en place par quelques tours de bande peu serrés. Ajoutons que toutes ces manœuvres atteignaient très-bien le résultat pour lequel elles étaient instituées, et qu'il était facile, par suite du peu d'embonpoint du sujet et de la situation superficielle de l'artère, de produire à volonté la diminution et la suspension complète des battements et des mouvements d'expansion dans la tumeur anévrysmale. La durée de la compression fut variable, à cause des douleurs parfois très-vives, de l'engourdissement, des fourmillements qu'elle provoquait dans le membre, lorsqu'elle était pratiquée depuis un certain temps, et qui obligeaient à la suspendre.

Dans quelques circonstances elle fut continuée sans interruption pendant douze, quatorze et même seize heures ; d'autres fois, au contraire, il fallut s'arrêter au bout de quatre ou cinq heures. En somme, elle fut exécutée régulièrement pendant une durée moyenne de huit ou neuf heures par jour, à dater du 28 décembre 1859.

Le degré de compression différa sensiblement selon le système compressif adopté : la compression digitale fut le plus souvent totale. La compression à l'aide du sac de plomb et du bandage fut au contraire presque toujours partielle. Ajoutons, en outre, qu'à dater du 6 janvier une vessie remplie de glace fut appliquée sur la tumeur pendant toute la durée de la compression, et que le malade fut mis à l'usage de la digitale.

Le 15, l'état général est assez satisfaisant ; pouls à 65 ; sommeil passable pendant les intervalles de la compression ; la digestion n'est pas troublée. L'état local est pire ; la tumeur est plus volumineuse, remonte plus haut et descend plus bas.

En dedans et en dehors, les muscles sont plus distendus ; la portion inférieure du vaste interne semble avoir été décollée de l'os, et l'anévrysme tend à gagner les parties latérales du genou, particulièrement en dedans, où il s'étend jusqu'à 3 ou 4 centimètres du bord interne de la rotule.

La mensuration, pratiquée sur trois points différents, donne 41, 45, 39 centimètres de circonférence du côté malade, en mesurant 3 ou 4 centimètres au-dessus du genou, au milieu du genou et à la

partie supérieure du mollet ; tandis que du côté sain ces mêmes points n'offrent que 32, 34 et 31 centimètres.

La tumeur continue à être molle, pulsatile et partiellement réductible. Ses parois semblent s'être amincies dans plusieurs endroits, particulièrement en arrière, au centre de la région poplitée, et en dedans, au niveau de la portion inférieure du vaste interne.

La jambe et le pied présentent une tuméfaction plus considérable et une couleur plus violacée. Le bruit de souffle, les mouvements d'expansion, les autres symptômes persistent sans modification.

Consultation avec MM. Omer, Goyrand et Payan.

L'avis de la majorité est favorable à la continuation de la compression indirecte, exercée à l'aide du compresseur mécanique de M. Broca.

Le 17, première application du compresseur. Une pelote est appliquée au pli de l'aine ; la seconde, sur l'anneau du troisième adducteur. L'appareil reste en place toute la journée et toute la nuit, en serrant et relâchant alternativement l'une et l'autre pelote, de manière à produire une compression partielle continue. Il en résulte une grande diminution des battements et l'affaissement de la tumeur. Mais de même que la compression digitale et les autres moyens compressifs précédemment employés, le compresseur mécanique détermine au bout de vingt-quatre heures des douleurs, des crampes, un engourdissement tels, que le malade se refuse à le garder plus longtemps, et que nous sommes forcés de l'enlever.

Le 18, deuxième application du compresseur de M. Broca à quatre heures de l'après-midi. Il reste en place jusqu'au lendemain matin huit heures, en produisant une compression totale.

Les 19, 20, 21, 22, 23, 24, la compression totale continue à être faite à l'aide du même appareil pendant dix ou douze heures sur vingt-quatre. Le reste du temps, lorsque la douleur le permet, la compression partielle est faite par le malade lui-même. Les deux derniers jours, nous ajoutons à la compression indirecte l'application d'un bandage roulé, modérément serré, depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou, en vue de combattre l'œdème de tout le membre, qui est considérable, et afin aussi d'opérer une légère compression sur la tumeur.

Le 25, l'anévrysme a continué à faire des progrès, malgré le nouveau mode de compression.

La tumeur présente toujours les mêmes caractères, et on ne constate dans aucun point des traces de coagulation active ou passive. Ses parois, au contraire, se sont encore amincies en dedans de la cuisse et dans le creux du jarret. Elle remonte en arrière jusque vers

le milieu de la cuisse, et descend à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous de l'articulation, dans l'intervalle des muscles jumeaux. La mensuration donne 42, 47 et 40 centimètres de circonférence, les dimensions correspondantes, pour le membre du côté opposé, étant, comme nous l'avons dit, de 32, 34, 31 centimètres.

Il existe plusieurs phlyctènes sur le dos du pied, et une eschare peu profonde au-dessus et en dehors du genou, en face du tendon du biceps, résultant de la pression exercée par la partie inférieure de la gouttière du compresseur. L'engorgement du membre est toujours très-prononcé, malgré l'application du bandage compressif; l'engourdissement a augmenté; la jambe est presque complétement insensible; le malade est profondément découragé, et refuse de continuer la compression.

Seconde consultation. — La ligature de la fémorale est décidée et pratiquée ce jour même, en présence et avec l'aide de MM. Goyrand, Payan, Silbert, Gouyet et Chabrier.

L'artère est mise à nu et liée à la partie inférieure du triangle inguinal, à 12 centimètres du ligament de Fallope. Le vaisseau est trouvé sain, mais son volume est plus considérable que dans l'état normal. Les battements disparaissent complétement.—Bouillon, limonade; une pilule d'opium de 25 milligrammes toutes les quatre heures.

Le 26 janvier, le malade est assez bien; fièvre modérée, chaleur normale du pied et de la jambe; affaissement très-grand de la tumeur; disparition complète de l'expansion, des battements, du bruit de souffle; ce dernier ne s'entend même plus dans la portion de la fémorale supérieure à la ligature ni dans l'iliaque. — Même prescription.

Le 30, levée du premier appareil. La plaie est partout réunie, sauf aux environs de la ligature. La circonférence du membre au niveau de l'anévrysme a diminué de 3 centimètres. La tumeur offre une consistance mollasse, comme élastique, et paraît entièrement remplie de caillots passifs.

Le 6 février, apparition d'une teinte brunâtre à la partie interne et inférieure de la cuisse et vers le milieu du creux du jarret, dans les points où la peau offrait le plus d'amincissement avant l'opération. Le malade accuse quelques élancements douloureux dans la tumeur. Toutefois l'état général continue à être satisfaisant. — Application de compresses trempées dans une solution d'acétate de plomb; 30 grammes de vin de quinquina matin et soir.

Le 12, une eschare de la grandeur d'une pièce de 5 francs s'est formée dans chacun des deux points précités. — Même prescription.

Le 17, les eschares commencent à se détacher. Il se forme entre

elles et la peau saine un intervalle communiquant avec la cavité de l'anévrysme, par lequel s'échappent un certain nombre de caillots noirâtres, tremblotants, friables, offrant tous les caractères des caillots passifs.

Les jours suivants, ces intervalles s'agrandissent et laissent sortir une très-grande quantité de caillots de même nature. En même temps, la tumeur revient sur elle-même, la tuméfaction, l'œdème du membre, sa couleur violacée diminuent; l'appétit et le sommeil sont satisfaisants. La situation semble s'améliorer.

Le 26, pendant que nous procédons au pansement, qui consiste tout simplement à nettoyer les plaies et à enlever les caillots qui se présentent d'eux-mêmes à l'extérieur, après avoir reconnu au milieu d'une masse considérable de caillots, presque tous passifs, un certain nombre de caillots actifs constitués par des lames concentriques très-denses, superposées et imbriquées comme les pellicules d'un oignon, il se produit brusquement un jet de sang artériel que nous reconnaissons, à son siége au centre du creux du jarret et à son volume considérable, être fourni par le tronc de l'artère poplitée elle-même.

Après avoir appliqué immédiatement l'extrémité de l'indicateur gauche sur le point d'où le sang jaillit, la main droite enlève rapidement la plupart des caillots qui remplissent encore la cavité anévrysmale et masquent le vaisseau; puis, à l'aide de la sonde cannelée, nous cherchons à isoler l'artère au-dessus du point où se fait l'hémorrhagie, afin de pouvoir l'entourer d'une ligature. Nous parvenons ainsi, après de pénibles efforts, à passer un fil autour de l'artère poplitée et à l'étreindre à quelques centimètres au-dessus de l'interligne articulaire. Mais l'indicateur gauche enlevé de dessus l'artère, l'hémorrhagie recommence, quoique plus faible.

Supposant au premier abord que la ligature a été mal serrée ou que les parois artérielles se sont déchirées, nous appliquons une seconde ligature un peu plus haut, en maintenant toujours la pulpe de l'indicateur gauche sur l'orifice béant du vaisseau. La persistance de l'hémorrhagie, malgré cette seconde ligature, vient nous démontrer notre erreur, et nous fait voir que le sang s'écoule par le bout inférieur. Nous cherchons alors à isoler l'artère au bas de la région poplitée, un peu au-dessus du point où elle s'engage sous l'anneau du soléaire. Malheureusement tous les tissus sont ramollis et friables; le vaisseau cède et se déchire à trois reprises différentes; d'un autre côté, la veine poplitée masque tellement l'artère au bas de la région, qu'il ne nous est pas possible de parvenir à l'isoler complétement, et que nous sommes réduits à pratiquer une ligature médiate avec une

aiguille courbe, en y comprenant la veine et le tissu cellulaire ambiant.

Le malade présente un grand abattement; le pied et la jambe restent froids et insensibles; délire par intervalles dans le courant de l'après-midi.

Le lendemain, le délire persiste; le pied et la jambe prennent une couleur violet foncé; la gangrène du membre paraît imminente.

Le 28, la gangrène a envahi le pied et la jambe jusqu'aux environs du genou, sans toutefois aller au delà, et en offrant au contraire de la tendance à se circonscrire; le délire a disparu.

Le 29, la gangrène semble complétement arrêtée. Elle est limitée à la jambe, et ne dépasse pas la tubérosité antérieure et les condyles du tibia.

L'état général est un peu meilleur. Nous proposons l'amputation de la cuisse. Acceptée d'abord, cette opération est ensuite refusée par le malade et la famille.

La mort a lieu le 7 mars, au milieu de la plus profonde adynamie.

Autopsie, 20 heures après la mort. — Emaciation générale du sujet; sphacèle complet du pied et de la jambe jusqu'aux environs du genou. La gangrène s'est étendue en haut et en arrière jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, tandis qu'en avant elle ne dépasse pas la tubérosité antérieure du tibia. L'articulation est remplie de pus et communique avec l'extérieur par une ouverture irrégulière, de 10 à 12 millimètres de diamètre, située au niveau du ligament postérieur. La synoviale est le siége d'une vive inflammation; elle est épaissie, et présente dans plusieurs endroits des granulations de la grosseur d'une tête d'épingle, et même plus considérables. Les fibro-cartilages articulaires sont érodés et détruits dans un grand nombre de points.

Vers le milieu de la région poplitée et à la partie interne et inférieure de la cuisse, on voit deux larges plaies, ou plutôt deux ouvertures irrégulières à bords amincis et frangés, dont la partie postérieure mesure 9 ou 10 centimètres verticalement, et 7 ou 8 transversalement, la seconde un peu moins, qui conduisent dans une cavité très-vaste, anfractueuse, irrégulière, creusée dans l'épaisseur du membre, et qui n'est autre chose que la poche anévrysmale revenue sur elle-même. Cette dernière, longue de 30 centimètres, large de 15 dans ses plus grands diamètres, s'étend depuis le mollet jusqu'au-dessus de la partie moyenne de la cuisse; elle va en se rétrécissant supérieurement et inférieurement, remonte en haut, entre les muscles biceps et demi-membraneux, presque au niveau de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse, descend en bas, dans l'intervalle des muscles jumeaux, à 7 ou 8 centimètres au-des-

sous de l'interligne articulaire; en dedans, elle se dirige sous les muscles demi-tendineux, demi-membraneux, droit interne, passe sous le vaste interne et le tendon du troisième adducteur, entre ces muscles et le fémur, qui est décollé dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, et érodé sur plusieurs points sans apparence de carie ni de nécrose, pour aller enfin aboutir à la seconde ouverture cutanée dont il a été question tout à l'heure.

La surface interne de cette immense cavité présente de nombreuses sinuosités et de nombreux culs-de-sac remplis pour la plupart de caillots sanguins fortement adhérents aux parois de l'anévrysme. Ces dernières sont formées exclusivement par les muscles et le tissu cellulaire ambiant. Dans quelques endroits seulement, elles sont tapissées par une fausse membrane peu épaisse, molle, pulpeuse, analogue à la membrane pyogénique; mais on ne rencontre nulle part des traces d'un véritable kyste ou d'un sac anévrysmal. Sur plusieurs points, les muscles sont entièrement détruits; dans d'autres, ils sont mis à nu, comme disséqués, ou à peine recouverts par une mince couche de tissu cellulaire. Ailleurs enfin, ils sont simplement aplatis, amincis, et ont subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

L'artère et la veine poplitée se retrouvent dans le fond de la cavité qui vient d'être décrite, un peu au-dessus de l'échancrure inter-condylienne. Leur direction est changée et portée plus en dehors. On découvre facilement les deux ligatures posées sur le bout supérieur de l'artère, le 26 février, au moment de l'hémorrhagie secondaire. Ces deux ligatures sont situées à 3 centimètres environ de distance l'une de l'autre et embrassent tout le calibre de l'artère. Au-dessus de la plus élevée, on rencontre un caillot rouge, de 25 millimètres de long, faiblement adhérent aux parois du vaisseau. Rien de semblable ne s'observe au-dessus de la seconde ligature. Quant aux quatre ligatures posées le même jour sur le bout inférieur, elles ont été entraînées par la suppuration, et on n'en découvre aucun vestige. Toute trace de l'artère et de la veine poplitée a également disparu, à partir de l'échancrure inter-condylienne jusqu'à l'anneau du soléaire, sur une longueur de 7 ou 8 centimètres. Le nerf sciatique poplité interne est détruit pareillement dans une étendue de 6 ou 7 centimètres, et ses deux bouts, de même que ceux des vaisseaux poplités, plongent dans le fond de la cavité anévrysmale. Le poplité interne est rouge et enflammé, ainsi que son névrilème; mais il n'a subi aucune solution de continuité.

L'artère fémorale présente un calibre de beaucoup supérieur à celui de l'état normal, sans que ses parois soient le siége d'aucune

dégénérescence. Elle a été entièrement coupée par la ligature, qui ne tient plus que par quelques tractus cellulaires et par un petit filet nerveux compris par le fil, et qui a résisté à la section plus longtemps que l'artère. Un caillot long de 3 centimètres, dur et décoloré, fortement adhérent aux parois du vaisseau qu'il remplit complétement, surtout en bas, s'observe dans l'intérieur de l'artère. Au-dessus, celle-ci est vide, et ses parois sont fortement revenues sur elles-mêmes jusqu'à la naissance de la profonde. Cette dernière présente un volume presque aussi considérable que celui de la fémorale. Elle naît à 2 centimètres au-dessous du ligament de Fallope, et un intervalle de 9 centimètres et demi sépare l'origine de la profonde du point de la fémorale sur lequel la ligature a été appliquée.

Les veines fémorale et iliaque, la partie supérieure de la poplitée, sont complétement oblitérées par des caillots rouge foncé, intimement unis aux parois du vaisseau. Il n'existe toutefois dans aucun point ni pus ni fausses membranes. La tunique interne est le siége d'une coloration assez vive, sans traces d'ulcération ni de ramollissement. La recherche de ces mêmes vaisseaux à la jambe n'amène aucun résultat, les tissus étant complétement sphacélés et transformés presque partout en une pulpe putrilagineuse au milieu de laquelle des investigations exactes sont impossibles.

L'examen des autres organes ne peut pas être fait.

DISCUSSION.

M. RICHET. M. Verneuil nous a dit dans son rapport que la gouttière dans laquelle on avait placé le membre avait fait une eschare à la peau. Je désire savoir si c'est au niveau de cette eschare que le sac s'est rompu. M. Verneuil nous avait avertis qu'il reviendrait sur cette circonstance, et il me semble qu'il n'y est pas revenu.

M. VERNEUIL. En lisant cette observation, je ne trouve pas qu'il y ait une coïncidence entre l'eschare de la peau et la rupture du sac.

M. LE PRÉSIDENT propose le renvoi aux *Bulletins* de l'observation de M. Bourguet.

La Société adopte cette proposition.

— La seconde observation de M. Bourguet était relative au traitement des fistules vésico-vaginales, et elle a donné lieu à une discussion que nous rappoıtons, quoique l'observation ne soit pas dans nos Bulletins.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. M. Verneuil semble faire de l'abaissement de l'utérus par des tractions sur le col une question peu grave. Je crois

le contraire. J'ai vu cet abaissement amener des accidents formidables et la péritonite la plus grave.

Autrefois l'excision du col utérin exigeait cet abaissement, et tout en le blâmant, il fallait bien cependant l'accepter, puisque nous n'avions pas d'autre moyen pour amener le col à la portée de nos instruments. Aujourd'hui, grâce au progrès réalisé dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, je pense qu'il sera possible d'éviter cet abaissement, qui a l'inconvénient de provoquer des douleurs sur le trajet des ligaments larges. Pour ma part, j'ai cherché à réaliser un progrès sous ce rapport, qui est analogue à celui proposé par M. Bourguet.

Quand un polype est implanté dans le rectum à une certaine hauteur, j'introduis une boule de caoutchouc vulcanisé de Gariel au-dessus du polype, après l'avoir vidée préalablement. Quand cette boule est arrivée au-dessus de la tumeur, je la remplis d'air, et alors j'exerce des tractions, et je puis ainsi amener le polype au dehors. Je pense que dans les cas de fistule vésico-vaginale d'accès difficile, ce petit ballon pourrait être utilisé avantageusement.

M. VERNEUIL. Je partage les idées de M. Chassaignac sur les effets de l'abaissement de l'utérus ; j'ai dit dans mon rapport qu'il n'était pas sans inconvénient, et je dis même qu'il faut l'abandonner.

Le rapport de M. Verneuil est renvoyé au *Bulletin* (1).

— La Société est appelée à nommer au scrutin et à la majorité absolue une commission de cinq membres pour une modification aux statuts de la Société, sur la proposition faite régulièrement, conformément à l'article 62 du règlement. Les membres élus sont MM. Broca, Depaul, Cullerier, Larrey et Danyau.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA présente les pièces se rapportant à un cas de gangrène des membres inférieurs, avec examen comparatif de la température de ces parties.

— **M. DESORMEAUX** montre un nouvel ophthalmoscope sur lequel il remet la note suivante :

« M. A. Chevalier me charge de faire connaître une modification qu'il a apportée aux ophthalmoscopes. Cette modification consiste dans la substitution de lentilles achromatiques, *crown* et *flint*, aux lentilles simples, bi-convexes et bi-concaves ; elle peut s'appliquer à

(1) De ce rapport il n'y a de publié que l'observation d'anévrysme, parce que le rapporteur a retiré son manuscrit.

tous les ophthalmoscopes, de quelque système qu'ils soient. L'avantage de ces lentilles est évident en théorie. Personne ne voudrait aujourd'hui d'un microscope ou d'une simple lunette de spectacle qui ne serait pas achromatique; le bon marché même ne ferait pas accepter un pareil instrument. On ne comprend guère qu'il en soit autrement pour les ophthalmoscopes, surtout si on fait attention que dans ces instruments on se sert presque toujours des parties excentriques de la lentille, vu qu'on la place obliquement pour éviter les reflets. Il en résulte qu'avec les lentilles simples on a une image altérée dans sa forme èt dans sa coloration, et lors même que les aberrations ne seraient pas sensibles à la vue, elles seraient cependant suffisantes pour fatiguer l'œil de l'observateur.

» J'ai plusieurs fois employé l'instrument que j'ai l'honneur de présenter, et je crois pouvoir dès à présent lui reconnaître deux qualités : les images qu'il donne sont d'une grande netteté, et l'observation peut être prolongée plus longtemps qu'avec les autres instruments que j'ai employés, sans causer de fatigue à l'observateur. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 19 mars 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— M. le président annonce à la Société que M. Rochard (de Brest), membre correspondant, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bérend (de Berlin), nommé membre correspondant étranger en décembre 1861, remercie la Société de sa nomination. (Par suite d'une erreur de la poste, une première lettre de M. Bérend n'est pas arrivée à sa destination.)

— M. le secrétaire général donne lecture de la note suivante :

De l'ostéoplastie périostique. — M. Ollier. J'ai donné le nom d'ostéoplastie périostique à la méthode opératoire qui a pour but de produire du tissu osseux au moyen du périoste transplanté. Ce résultat s'obtient avec des lambeaux de peau ou de muqueuse doublés de périoste qu'on déplace et qu'on fixe là où on a besoin d'un support

osseux. Dans cette opération, le périoste est détaché de l'os qu'il recouvre.

Le principe physiologique de cette opération repose uniquement sur les résultats que j'ai obtenus dans les transplantations périostiques. Dans ces transplantations j'ai produit du tissu osseux partout où j'ai pu greffer du périoste.

Personne avant moi n'a pratiqué ces déplacements ou ces transplantations de périoste. On savait depuis Duhamel que le périoste reproduit l'os ou plutôt que l'os se reproduit dans le périoste; mais on ignorait que le périoste privé de ses connexions avec les tissus auxquels il est normalement uni pût donner naissance à des productions osseuses. On ignorait que cette membrane emporte partout avec elle le pouvoir de faire du tissu osseux.

Cette production artificielle des os par le périoste transplanté a été le point fondamental démontré par mes expériences de 1858.

M. Béraud a prétendu cependant que d'autres expériences avant les miennes ont donné des résultats analogues. Il a cité Duhamel et M. Flourens. Pour Duhamel, je ne connais pas une seule ligne dans tous ses mémoires qui puisse se rapporter à la question. Quant à M. Flourens, j'affirme avec tout autant de certitude que jamais il n'a transplanté ni déplacé du périoste, et, pour faire cesser toute équivoque, je prie ceux qui voudront s'éclairer sur ce point de lire attentivement les pages 9, 10, 11 et 12 de sa *Théorie expérimentale de la formation des os*. C'est là qu'un examen superficiel ou la lecture de quelques phrases détachées pourrait faire supposer des expériences ayant quelque analogie avec les miennes.

Voici ce qu'a fait M. Flourens :

Il enfonce dans le tibia d'un chien une petite canule de 3 ou 4 millimètres de long, et la place de manière qu'une de ses extrémités affleure le périoste et l'autre la moelle. Puis au bout de quelques jours, il trouve que le périoste et la membrane médullaire, chacun de leur côté, se sont introduits dans la canule, allant au-devant l'un de l'autre. Ces deux membranes, le périoste et la membrane médullaire, s'y seraient enfoncées d'elles-mêmes, spontanément, sans que rien les y eût poussées. M. Flourens ne les a jamais détachées dans ce but, il a soin de dire textuellement à quatre reprises différentes *qu'elles se sont introduites* dans la canule.

Y a-t-il là quelque chose qui ait la moindre analogie avec les expériences dans lesquelles j'ai disséqué, déplacé et transplanté du périoste dans les régions voisines ou éloignées?

Qu'on retourne comme on voudra l'expérience de M. Flourens, on ne peut y voir autre chose qu'un phénomène de cicatrisation commun

à tous les tissus, qu'une tendance du blastème sous-périostal à combler les vides qu'on laisse devant lui.

Ce qui fait la distinction fondamentale de mes expériences, c'est, je le répète, le déplacement et la transplantation du périoste.

M. Flourens l'a reconnu lui-même quand M. Velpeau me fit l'honneur de présenter mes pièces à l'Institut le 6 décembre 1858. C'est pour avoir signalé le premier ce fait expérimental que l'Institut m'a accordé une mention au concours de physiologie expérimentale en 1860.

Après avoir démontré que le fait physiologique n'existait pas avant la publication de mes recherches, je pourrais me dispenser de réfuter l'opinion qui attribue à M. Jordan l'application à la chirurgie de ce même fait physiologique dès l'année 1856; mais je dois encore démontrer que l'opération de M. Jordan est aussi éloignée de la méthode que j'ai proposée que les expériences de M. Flourens le sont de mes propres expériences.

En quoi consiste l'opération de M. Jordan? En une résection avec conservation et invagination du périoste. Or quel rapport y a-t-il entre cette opération et ce que j'ai appelé ostéoplastie périostique?

Déplace-t-on, transplante-t-on des lambeaux périostiques dans le but de rétablir la forme d'un organe? Nullement; on résèque un des bouts de l'os, en conservant une manchette de périoste, et on invagine l'autre bout dans cette manchette. Ce n'est pas avec l'ostéoplastie périostique que cette opération doit être comparée, c'est avec les résections sous-périostées que Textor, Blandin, et surtout M. Larghi, de Verceil, avaient pratiquées bien avant la publication du chirurgien de Manchester.

L'opération de M. Jordan n'est qu'une résection sous-périostée avec suture du périoste. L'appeler une autoplastie, c'est aller contre toutes les règles de la nomenclature chirurgicale.

Brunninghausen avait proposé, dès 1818, de recouvrir l'os avec un lambeau de périoste après les amputations, et personne n'a eu l'idée d'appeler cela une autoplastie. Si on range l'opération de M. Jordan parmi les autoplasties, il n'y a pas d'opération de synthèse qui ne puisse être classée sous ce titre.

En terminant, nous ferons encore remarquer que nos expériences sur la transplantation du périoste ont eu d'abord pour but de dissiper les doutes que les anciennes expériences laissaient subsister sur le rôle précis de cette membrane.

On savait, surtout depuis Heine, de Wurtzbourg (1832), que l'os se reproduisait après une résection quand on avait conservé la gaîne périostique.

Mais quelle part y prenait le périoste? Servait-il de moule à la production osseuse? Celle-ci venait-elle des bouts de l'os ou des tissus environnants? Nos expériences, en démontrant l'autonomie du périoste, ont fait cesser toute incertitude à cet égard. Nous reconnaissons cependant d'autres sources de reproduction (la moelle, le tissu osseux), mais le périoste est le seul tissu qui emporte partout avec lui cette propriété de régénération osseuse. C'est le seul qu'on puisse efficacement mettre à profit dans les autoplasties, que cette membrane soit détachée de l'os ou soit transplantée avec l'os sous-jacent; qu'elle soit isolée sur ses deux faces ou bien recouverte de peau ou de muqueuse.

— **M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL** donne lecture de la note suivante, adressée par M. Fleury (de Clermont) :

Observation d'emphysème général et spontané. — La Société de chirurgie a consacré l'année dernière deux de ses séances (8 et 15 mai) à l'étude de l'*emphysème spontané à la suite des plaies*.

Chez quelques blessés, l'infiltration gazeuse est locale et paraît être l'effet de l'introduction de l'air dans l'épaisseur des tissus à la suite d'une plaie; chez d'autres elle est générale, se développe spontanément, et paraît être la conséquence d'un traumatisme violent qui produit une espèce d'empoisonnement.

C'est un exemple de cette seconde variété que j'ai l'honneur de vous communiquer. Je l'ai observé il y a quelques jours chez un militaire qui, en descendant un escalier, s'était brisé la cuisse. La fracture était grave, il est vrai, mais l'état dans lequel était le blessé devait le mettre à l'abri d'une perturbation nerveuse.

Ce malade, âgé de cinquante et un ans, avait une organisation forte et vigoureuse.

Dans la soirée du 4 janvier dernier, il descendait un escalier, lorsqu'en se retournant pour allumer un cigare son pied porte à faux, et il tombe en avant. Le genou supporte tout le poids du corps, le fémur se brise à son quart inférieur, et le fragment supérieur, poussé par le poids du tronc, traverse les muscles et les téguments.

Le médecin se rend à l'Hôtel-Dieu, et là, avec l'aide de l'interne de garde et de quelques officiers, il parvient à réduire la fracture, qu'il maintient réduite au moyen d'un appareil à dix-huit chefs.

Le blessé dans sa chute n'avait ressenti aucun ébranlement nerveux et avait conservé toute sa connaissance. Il avait été assez peu impressionné par cet accident.

Lorsque je le vis pour la première fois, le lendemain matin, je le trouvai aussi bien que possible. Les fragments de la fracture étaient

en place, le gonflement était peu considérable ; les douleurs n'étaient pas bien vives. Je renouvelai le pansement ; la plaie qui existait à la partie interne de la cuisse, à l'union du quart inférieur avec ses trois quarts supérieurs, avait une longueur de 4 centimètres ; sa direction était transversale, ses bords étaient peu contus. Un linge cératé servit à la recouvrir, l'appareil fut remis en place.

Le pouls était fréquent, la soif assez vive. Je me bornai à prescrire des boissons adoucissantes, quelques pilules d'extrait gommeux d'opium et la diète.

Le blessé était bien convaincu qu'il guérirait de cette fracture. L'idée d'une amputation possible dans un avenir plus ou moins éloigné ne lui vint même pas à l'esprit. Je n'avais donc point à le rassurer et à lui faire espérer la conservation d'un membre qui à ses yeux était si peu compromis.

La journée fut bonne, la nuit suivante fut calme, mais sans sommeil.

Le 6, le gonflement a diminué, aucune douleur ; le bas des reins seul est sensible à la pression, ventre un peu tendu.

Le pouls est moins fréquent, un peu faible ; pâleur du visage. Il existe une ecchymose au pli de l'aine. Mort à sept heures du soir.

Je ne savais d'abord à quelle cause je devais attribuer une issue aussi promptement funeste.

Le cadavre, le lendemain, était dans un état de putréfaction complète.

Un emphysème général existait sur tout le corps, la figure était méconnaissable ; le ventre, tendu, ballonné, faisait une énorme salllie au-dessous de laquelle proéminait le scrotum distendu par du gaz. Au pli de l'aine droite, l'épiderme était détaché, le derme offrait la couleur de la gangrène ; une odeur d'une fétidité extrême s'exhalait. Le corps avait triplé de volume et rappelait celui d'un noyé.

Je me rappelai alors la discussion qui avait eu lieu à la Société, et ce fait me parut devoir prendre place à côté de ceux qui avaient été cités.

J'ai pris quelques informations pour savoir si cet officier n'abusait pas des boissons alcooliques, de l'absinthe en particulier ; je n'ai recueilli que des faits négatifs.

Je comptais peu sur l'autopsie pour élucider la question. Je ne trouvai en effet dans les cavités splanchniques aucune lésion appréciable, mais les désordres locaux avaient été portés plus loin que je ne le pensais. La fracture existait au-dessus des condyles ; ceux-ci avaient été séparés l'un de l'autre comme si un coin les eût partagés ; l'articulation était donc ouverte. La pointe du fragment supérieur

était taillée en bec de flûte; une portion de ses parois était enfoncée dans le canal médullaire.

Le traumatisme avait été porté aussi loin que possible; c'était donc à cette cause que l'on devait attribuer une issue aussi promptement funeste.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. En voyant la rapide décomposition des cadavres à la suite des violents traumatismes, j'en ai déduit qu'il y avait empoisonnement.

Pour l'expliquer, il faut que les tissus soient dans des conditions spéciales. Si un individu succombe à la suite d'une suppuration chronique, les tissus sont pour ainsi dire desséchés, et la décomposition s'en fera d'une manière lente. Si un individu, au contraire, succombe promptement, la putréfaction est bien plus rapide. Les suppliciés offrent une décomposition très-prompte.

On a invoqué la modification survenue dans le système nerveux pour expliquer cette décomposition. Je n'accepte point cette théorie. J'ai vu cette décomposition chez des cadavres dont le système nerveux n'avait pas été modifié.

J'admets plutôt qu'un grand traumatisme amène une sorte d'empoisonnement dont la nature nous est inconnue.

M. A. RICHARD. Lorsqu'un violent traumatisme s'exerce sur l'organisme, il y a une détérioration profonde des tissus qui amène la mort par un empoisonnement, et cette manière de voir est acceptée de tout le monde.

M. MARJOLIN. Comme M. Richard j'admets l'existence de cet empoisonnement. Lors d'une discussion soulevée par M. Maisonneuve il y a huit ou neuf ans, Roux me cita un exemple de gangrène locale sans qu'il y eût eu application d'un appareil.

Il y a quelque temps, à la suite d'un violent traumatisme, je fis l'amputation du bras qui était le plus affecté. Eh bien, il survint une gangrène dans le bras en apparence le plus sain, et auquel je n'avais pas touché.

Cette manière de voir est importante pour la médecine légale. Lorsqu'un chirurgien sera accusé d'avoir amené la gangrène par l'application d'un appareil trop serré, il y aura à se demander si la gangrène n'est pas survenue sous l'influence exclusive de cet empoisonnement.

Quant aux suppliciés, je pense qu'il faut établir une distinction.

Ainsi les guillotinés se conservent très-longtemps, tandis que les pendus et ceux qui succombent par une balle se décomposent rapi-

dement. Cette différence tient à ce que les premiers ont perdu beaucoup de sang, tandis que les seconds n'en ont point perdu du tout.

M. GUERSANT. Je suis d'avis que les individus qui meurent sans perdre beaucoup de sang se putréfient vite; il faut cependant en excepter les guillotinés, qui se putréfient promptement. Quant aux malades qui meurent de mort lente, ils se décomposent avec beaucoup de lenteur. Mais je ne pense pas qu'il y ait un empoisonnement.

M. CHASSAIGNAC. Je veux m'expliquer sur la nature de cet empoisonnement. Il consiste dans une intoxication qui survient par le fait seul du traumatisme, sans que rien de local apparaisse. Il y a alors une sorte de préparation à la putréfaction qui se manifeste même avant la mort. Le surmenage conduit au même résultat. Les animaux qui sont dans cet état n'offrent pas de gangrène, et cependant leur sang est profondément altéré, ils ont un véritable empoisonnement.

M. BOINET. Quand les animaux surmenés succombent, ils se décomposent beaucoup plus tôt que des animaux qui sont morts dans les conditions ordinaires. Quelle est la cause de cette différence? Est-ce la crainte? Est-ce la peur ou tout autre sentiment? C'est possible, mais il est évident qu'elle est dans le bouleversement du système nerveux, et non dans un état local.

M. BLOT. Il y a cinq ou six ans, j'ai observé un cas qui montre bien toute l'influence de l'ébranlement du système nerveux sur la rapidité de la putréfaction. Une femme en travail offrait une présentation de l'épaule. Un accoucheur extirpa un bras, et ne pouvant terminer l'accouchement, abandonna la femme. Un second médecin fut appelé, il fit l'extirpation du second bras sans plus de succès. Je fus appelé, et je vis cette femme tellement épuisée, que je la fis transporter immédiatement à la Clinique, où je fis l'embryotomie. Elle mourut sans hémorrhagie, sans inflammation.

Dix heures après la mort, la décomposition était très-avancée et les muscles tellement ramollis, que leur tissu se laissait déchirer par la seule pression du bout du doigt. Le système nerveux agit sur les tissus même après la mort, pour les soustraire à la décomposition. S'il vient à manquer, les tissus s'altèrent plus rapidement.

M. GIRALDÈS. Les faits de M. Chassaignac sont bien observés, mais je trouve qu'il en donne une fausse théorie. Voilà une blessure violente, un grand traumatisme exercé sur un individu, il y a un ébranlement profond de tout son organisme; la mort survient, le cadavre se décompose très-promptement, et vous venez nous dire qu'il y a là un empoisonnement. C'est là un faux raisonnement. La conclusion n'est pas dans les prémisses.

M. CHASSAIGNAC. Je reconnais quo M. Giraldès a raison si l'on veut prendre le mot empoisonnement dans son acception la plus générale. Mais si l'on veut lui faire signifier une modification toute spéciale, inconnue dans sa nature, offerte par l'organisme à la suite d'un violent traumatisme, alors je maintiens ce mot. Quant à l'explication, je n'en ai point, et je les repousse toutes.

M. GUERSANT. Je trouve plus naturel d'expliquer ces faits par la présence plus ou moins grande des liquides. En effet, qu'un phthisique vienne à mourir, il se décomposera avec une lenteur surprenante. Pourquoi ? Parce que tous ses tissus sont pour ainsi dire desséchés. Qu'un homme plein de vigueur vienne, au contraire, à succomber d'une manière prompte, tous ses tissus sont encore baignés de liquides, ses humeurs sont encore abondantes, et sa putréfaction sera d'autant plus rapide.

M. CHASSAIGNAC. M. Guersant vient de nous parler des phthisiques qui, d'après lui, se décomposeraient lentement. Or, son observation n'est pas fondée. Je crois, au contraire, que les personnes qui succombent à la phthisie se putréfient vite, parce que les cavernes de leurs poumons sont pleines de liquides déjà en voie de putréfaction.

COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLEE soumet à l'appréciation do la Société un mode opératoire pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, qui vient de lui réussir dans des circonstances qui seront exposées plus tard, ainsi que le procédé, après la guérison complète de la malade.

DISCUSSION.

M. GUERSANT. J'ai employé un procédé analogue chez une petite fille qui avait un polype à la partie postérieure du nez.

M. MOREL-LAVALLEE. Je désire savoir si M. Guersant a employé la sonde de Belloc.

M. GUERSANT. J'ai eu recours tout simplement à une sonde en gomme élastique ordinaire. Avec elle j'ai pu passer mon double fil assez facilement. Mais je reconnais que la sonde de Belloc peut rendre très-simple le passage des fils dans le pharynx et dans la bouche.

COMMUNICATION.

Cure radicale des varices volumineuses par phlébite adhésive spontanée. — M. BLOT communique le résumé de deux observations

de cure radicale de varices volumineuses, chez des femmes enceintes, par phlébite adhésive spontanée.

Les deux femmes qui font le sujet de ces observations sont toutes deux grandes, fortes et bien portantes; l'une est primipare, l'autre multipare. Elles sont toutes deux parvenues au septième mois de la grossesse quand elles viennent à la clinique. Chez toutes deux, les paquets variqueux enflammés ont pour siége le jarret et la malléole interne. Chez l'une et l'autre, une rupture peu étendue de ces varices a eu lieu avant l'entrée à l'hôpital. A ce moment, voici ce qu'on peut constater : varices volumineuses dans les jarrets et sur la face interne de la jambe droite surtout. Chez l'une, les veines qui répondent à la malléole interne sont très-vivement enflammées; on sent là plusieurs cordons durs avec rougeur et chaleur de la peau, qui est légèrement ulcérée en un point. Chez l'autre, c'est sur le côté interne du jarret qu'on trouve les mêmes phénomènes. Le traitement appliqué consiste uniquement en des cataplasmes sur les parties malades et l'élévation du membre tout entier au moyen d'un plan incliné. Chez la nommée P..., il existe en outre des varices du col de l'utérus que le toucher fait saigner, quelle que soit la douceur avec laquelle on le pratique.

Quinze jours après l'entrée de P..., et trois semaines après celle de F..., les tumeurs variqueuses enflammées sont guéries et les veines qui les formaient ont disparu; on n'en sent plus d'autre trace qu'une plaque dure, comme cicatricielle, au niveau de l'endroit où primitivement existaient les cordons noueux et saillants. Les caillots qui s'étaient formés au niveau des points rupturés ont complétement disparu; une partie du sang s'est écoulée au dehors, comme on pouvait le voir sur les cataplasmes; une autre a été probablement résorbée, et un mois avant l'accouchement le calibre des veines enflammées a complétement disparu.

Ces femmes, qui restèrent soumises à notre observation jusqu'après leur accouchement, sortirent bien portantes, l'une le 24, l'autre le 26 décembre 1860. Elles étaient entrées à l'hôpital, l'une le 15 septembre, l'autre le 18 du même mois.

Ces deux faits, qui se sont offerts en même temps à notre observation, nous ont paru présenter quelque intérêt à cause de la rareté de la guérison spontanée des varices par phlébite adhésive, surtout pendant la grossesse.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. L'oblitération des veines par des caillots est loin d'être permanente. Tous les jours nous voyons des sujets affectés de varices avoir des inflammations oblitérantes, et cependant, si

l'on examine ces sujets quelque temps après, on s'aperçoit que le sang a repris son cours à travers ces veines momentanément oblitérées. Pour moi, je crois que les substances coagulantes injectées dans les veines variqueuses n'agissent pas autrement; elles provoquent une inflammation, des caillots se forment, puis ces caillots disparaissent peu à peu par absorption, et la circulation finit par se rétablir dans les veines; et cependant on nous dit: Voilà une *guérison radicale* des varices!

Je vois des chirurgiens faire un abus réel de cette expression : *guérison radicale.* Ainsi ils ne craignent pas de dire que les injections dans la tunique vaginale amènent une guérison radicale de l'hydrocèle. Rien n'est plus faux cependant. J'ai vu, pour ma part, des tuniques vaginales devenir le siége d'une suppuration abondante à la suite d'injections. Eh bien, le liquide s'est reproduit dans cette tunique, il n'y a pas eu guérison.

M. DEPAUL. Avec le raisonnement de M. Chassaignac, il n'y a pas de vérité thérapeutique possible. Ainsi, voilà une plaie: par un pansement convenable elle guérit; vous vous dites naturellement : C'est une plaie guérie. Mais M. Chassaignac le nie.

Je vois les choses d'une manière tout opposée. Si après une injection dans la tunique vaginale affectée d'hydrocèle, il n'y a pas de récidive, je dis : Voilà une guérison radicale. Que plus tard il survienne du liquide, c'est là une seconde maladie et non une reproduction.

Je remarque que l'observation de M. Blot manque de beaucoup de détails. Ainsi, à quelle époque de la grossesse les varices se sont-elles montrées? à quel moment a-t-on observé la guérison? est-ce avant ou après l'accouchement? Voilà autant de questions qu'il serait important de connaître. Si M. Blot a constaté la guérison de ces varices après l'accouchement, il n'y a là rien qui doive surprendre.

Il y aurait à savoir comment agit la grossesse pour produire les varices? Est-ce par une compression mécanique ou par une influence particulière? Voilà ce que nous ignorons actuellement.

Dans la communication de M. Blot, il est question de varices des membres inférieurs et de varices du col utérin. Je voudrais savoir sur quoi M. Blot s'est appuyé pour dire qu'il y a une relation entre les varices des membres inférieurs et les varices du col; ce sont deux états distincts.

M. BOINET. M. Chassaignac dit: Pas de guérison radicale de l'hydrocèle sans adhérences de la tunique vaginale. Cependant des faits observés par M. Velpeau d'abord, et par M. Hutin ensuite, déposent contre cette interprétation. Ainsi, pour ne parler que des faits de M. Hutin, sur 16 individus qui avaient été opérés et guéris de l'hy-

drocèle par les injections, 4 seulement offraient une oblitération de la tunique vaginale. Faudrait-il dire, avec M. Chassaignac, que ces quatre derniers seuls étaient guéris? Je ne le pense pas.

M. CHASSAIGNAC. J'ai fait une digression. Il s'agissait de l'adhésion des parois vasculaires, et j'ai parlé de celle des séreuses. Comment des chirurgiens ont-ils pu croire que les cavités séreuses pouvaient s'oblitérer, lorsque chaque jour l'on voit de nouvelles cavités séreuses se former? Il y avait là évidemment une erreur d'observation. Je connais parfaitement les faits cités par M. Boinet, mais je ne les envisage pas comme lui. Tant que la cavité vaginale persiste, vous n'êtes point sûrs d'avoir guéri radicalement.

M. Depaul invoquait un exemple contre ma manière de voir. Je lui réponds tout simplement que dans une varicocèle, si on enlève la veine qui est le siége de cette affection, on aura seulement alors le droit de pouvoir dire qu'on a obtenu une guérison radicale.

M. TRELAT. Sur un point, je m'éloigne de l'opinion de M. Depaul. Ainsi, je lui demanderai pourquoi, rejetant la compression mécanique comme cause, il admet que les varices du col sont indépendantes des varices des membres inférieurs. Tout récemment j'ai vu au Bureau central une femme enceinte de quatre ou cinq mois, et portant des varices énormes des membres inférieurs. Je l'ai examinée, et elle en avait jusque dans le vagin; je n'ai pu constater s'il y en avait au col.

M. DEPAUL. Je ne puis comprendre qu'il y ait relation entre ces deux sortes de varices, et je suis étonné d'être contredit par M. Trélat, qui est un anatomiste. Les vaisseaux veineux des membres inférieurs et ceux de l'utérus n'ont pas de connexions intimes.

M. VELPEAU. Cette guérison des varices par inflammation est généralement connue et assez fréquemment observée. Mais, avec M. Chassaignac, il faut reconnaître que c'est là une guérison temporaire et nullement radicale. En effet, l'oblitération définitive des veines variqueuses par le moyen de l'inflammation est très-difficile à obtenir. On peut en fournir un grand nombre de preuves; mais je me contenterai d'en citer une seule.

Il y a quelques années, M. Follin me remplaçait dans mon service, à l'hôpital de la Charité. Au nº 40 de la salle Sainte-Vierge, se trouvait un homme affecté de varices. Dans le but de le guérir, M. Follin injecta du perchlorure de fer dans ses varices. Il survint une inflammation extrêmement vive qui fut suivie d'abcès nombreux, de sorte que la vie de cet homme fut gravement compromise. Cependant tous ces accidents finirent par disparaître, et la santé se rétablit. Dans le but de l'observer, je le gardai longtemps dans les salles, et ses varices étaient guéries en apparence. Il sortit enfin de l'hôpital dans cet

état. Six mois après, il revint à la consultation, et déjà des veines apparaissaient sous la peau. Un an plus tard, ces veines étaient variqueuses.

Ainsi voilà un homme affecté de varices ayant eu une inflammation avec suppuration, chez lequel tout faisait croire à l'existence d'une oblitération veineuse, et cependant, peu de temps après, nous avions encore des varices. J'ai observé une foule de cas semblables.

D'autres observations peuvent nous démontrer cette difficulté d'oblitération des veines. Ainsi, disséquez une des veines du pli du bras, vous la trouverez criblée de cicatrices produites par la lancette. Sur un trajet de moins d'un centimètre, vous trouverez quelquefois la trace de sept ou huit piqûres, et jamais vous ne constaterez d'adhérences entre les parois vasculaires. Je me souviens que des expériences ont été faites dans ce sens par Amussat.

Voyez, d'un autre côté, le résultat des ligatures, des caustiques appliqués sur les veines variqueuses, et vous verrez encore combien il est difficile d'obtenir l'oblitération de ces veines. Pendant quelques années on a eu recours à ces moyens pour guérir les varices. On croyait avoir obtenu un résultat heureux, et au bout de quelque temps les varices revenaient. Ces faits étaient tellement fréquents, qu'on avait cru pouvoir les expliquer en disant que les varices se reproduisaient dans les veines de second ordre.

Voici encore une preuve à l'appui de la proposition que je cherche à établir. J'ai vu des individus affectés de varices; on excisait sur le côté les veines variqueuses dans une assez grande étendue, et les varices se reproduisaient. J'ai vu un autre cas bien plus extraordinaire et que l'on pourrait regarder comme incroyable, mais que j'ai bien constaté. Un individu avait des varices au membre inférieur; on lui fait la résection de ces varices, on enlève la veine variqueuse au mollet. Il avait été guéri à la suite de cette excision; mais quinze ans plus tard la veine s'était reconstituée, et les varices n'étaient pas guéries.

Ainsi M. Chassaignac a raison de s'élever contre cette idée que l'on guérit les varices par oblitération des veines. Mais, d'un autre côté, M. Chassaignac va trop loin en partant de ce fait pour affirmer que les cavités séreuses ne disparaissent jamais. Il me semble, au contraire, que la plèvre, par exemple, contracte facilement des adhérences après la pleurésie. Cela peut se voir tous les jours. Toutes les séreuses participent à cette propriété; la tunique vaginale ne fait pas exception à cette règle. Cependant je reconnais que pour elle cela est un peu plus difficile que pour les autres séreuses. Je crois avoir dit le premier, il y a trente ans, qu'à la suite des injections la

tunique vaginale ne s'oblitère pas toujours. Les recherches de M. Hutin sont venues récemment confirmer ce que j'avais dit. Mais dans quelle proportion se fait cette adhésion quand on a injecté de l'iode dans la tunique vaginale ? Voilà ce que j'ignore. Voici ce que j'ai observé à cet égard :

Un homme d'un certain âge avait été opéré d'une hydrocèle par l'injection vineuse avant que j'eusse trouvé l'injection iodée. Cet homme mourut d'une attaque d'apoplexie foudroyante vingt jours après cette injection. Je saisis cette occasion pour vérifier l'effet de l'injection sur la tunique vaginale. A mon grand étonnement, je ne la trouvai pas oblitérée comme je m'y attendais. Ainsi voilà un premier fait qui renversait un peu mes croyances. Depuis cette époque, j'ai eu recours à la teinture iodée pour injection, et j'ai pratiqué sept autopsies à la suite de ces injections. Dans trois cas, j'ai constaté que la tunique vaginale n'était pas oblitérée, et dans tous les autres elle l'était complétement.

Parmi ces derniers cas, je me souviens d'un homme qui avait subi une injection iodée. Il revint plus tard dans mon service pour y subir une amputation de jambe. Il succomba, et je constatai à l'autopsie que la tunique vaginale était réellement oblitérée. M. Chassaignac va donc trop loin quand il affirme que cette oblitération n'arrive jamais à la suite des injections.

Quant à l'expression de *cure radicale* appliquée à ces diverses affections, je pense qu'il ne faut pas s'y arrêter davantage ; c'est là une dispute de mots : tout le monde s'entend sur la valeur de cette expression. Ainsi voilà un individu qui a une pneumonie; vous la combattez, vous la guérissez, l'individu reprend ses occupations ; il est évident que vous l'avez guéri radicalement. Prenez une fracture : vous appliquez un appareil, la fracture se consolide ; il est aussi très-évident que vous avez fait une cure radicale. Il en sera de même si pour une hydrocèle vous injectez de la teinture d'iode et vous faites disparaître le liquide contenu dans la tunique vaginale.

Dans tous ces cas, vous avez opéré une guérison radicale. M. Chassaignac le conteste, et il nous dit : Mais le mal peut revenir, la pneumonie peut se déclarer de nouveau, donc vous n'avez pas fait une cure radicale. Je ne dis pas non : une seconde maladie peut revenir dans un même organe, mais la première a été guérie radicalement. En ce qui concerne l'hydrocèle, vous n'avez peut-être pas quatre récidives sur cent opérations. Pouvez-vous alors affirmer que ces individus ne sont pas guéris radicalement, parce que quatre d'entre eux seront plus tard affectés d'une autre hydrocèle ? Ce serait certainement aller trop loin.

M. BROCA. Je ne parlerai pas sur l'hydrocèle, mais je fournirai quelques éclaircissements en ce qui concerne les veines. M. Velpeau nous a parlé de veines extirpées, et qui se sont rétablies avec leur perméabilité. Je conçois cette illusion, je l'ai partagée moi-même pendant longtemps. Mais je ne pense pas que l'on puisse admettre la reproduction d'une veine. Les recherches de M. Verneuil sur les varices sont bien propres à lever tous les doutes. Dans l'immense majorité des cas, cette grosse veine qui apparaît à la surface de la peau du membre inférieur, et qui constitue la varice, est prise pour la veine saphène, et cependant il n'en est rien; elle n'en a que le trajet et la direction, ainsi que M. Verneuil l'a démontré. Cette grosse veine variqueuse est la dilatation de veines collatérales à la saphène interne. On n'a qu'à examiner les pièces déposées au Musée Dupuytren par M. Verneuil, pour être convaincu qu'il en est réellement ainsi. Eh bien, les nouvelles varices qui naissent à la suite d'extirpation, et dont M. Velpeau vient de nous parler, ne seraient-elles pas dues à des dilatations de veines collatérales ?

Parmi les faits cités par M. Velpeau, il en est dont l'interprétation est parfaitement exacte : ainsi je reconnais avec M. Velpeau qu'il y a des varices qui s'oblitèrent momentanément par un caillot, puis ce caillot disparaissant, que ces veines reprennent leur perméabilité.

Quant aux oblitérations des veines, je les admets, et je crois que l'adhésion de leurs parois est tout aussi solide que dans les plèvres et même davantage. J'ai étudié le caillot produit dans une varice par l'injection de perchlorure de fer : il était d'abord très-solide, puis peu à peu il a diminué de consistance, et il a fini par se dissoudre complétement. L'oblitération de la veine n'a duré que cinq ans.

M. BLOT. Après ce que vient de dire M. Velpeau, je n'insisterai pas sur la guérison des cavités séreuses et vasculaires par l'oblitération.

Je répondrai à M. Depaul que les renseignements qu'il me demande sont pour la plupart dans ma communication.

Quant à l'argumentation de M. Velpeau, je la trouve attaquable sur un point. Ainsi je pense que les preuves apportées par lui sur la guérison des varices ne sont pas convaincantes, parce qu'il n'y a pas eu d'autopsie. Je m'en rapporte à ce sujet aux recherches de M. Verneuil. Quant à la cure radicale des varices sans caillot, je l'admets volontiers; il y a alors adhésion directe des parois. Dans mes deux faits, il y avait cette adhésion.

M. VELPEAU. Je n'ai pas nié la possibilité de l'adhésion des parois veineuses, j'ai dit seulement que cette adhésion était rare. Les recherches de M. Verneuil peuvent donner la clef de toutes ces diffi-

cultés. Je fais donc appel à de nouvelles recherches, à des examens plus sévères.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 26 mars 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg fait parvenir à la Société les cinquante thèses qui ont été soutenues devant cette Faculté pendant l'année 1861. (Remercîments.)

— M. le docteur Fremineau, ex-interne des hôpitaux, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse pour le doctorat en chirurgie, intitulée : *Des déviations utérines et de leur traitement ;* Paris, 1862, in-4°.

— M. le docteur Alfred Pamard, ex-interne des hôpitaux, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du glaucome;* Paris, 1861, in-4°.

— M. le docteur Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire, qui vient d'être déclarée vacante.

— M. Rochard (de Brest), membre correspondant de la Société, dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Ange Duval, premier chirurgien en chef de la marine, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Brest, un mémoire manuscrit de ce dernier sur la statistique chirurgicale de l'hôpital maritime de Brest. M. Duval est candidat au titre de membre correspondant national. (Commissaires, MM. Guersant, Desormeaux, Foucher.)

— M. Desormeaux communique, au nom de M. Rousseau de Saint-Côme, de Voir (Sarthe), une observation de hernie du poumon. (Rapporteur, M. Morel-Lavallée.)

COMMUNICATION.

M. ROCHARD (de Brest), chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société, fait la communication suivante :

J'ai déjà eu l'occasion de présenter à la société, il y a trois ans, un

travail sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre et sur les résultats remarquables dont j'avais été témoin à Brest. J'avais à cette époque pratiqué deux fois cette opération sans succès, j'ai été plus heureux depuis.

Le 15 octobre 1859, j'ai opéré par cette méthode un enfant du sexe masculin, qui est en ce moment dans un état de santé parfaite et sur lequel j'ai pu suivre jour par jour les transformations intéressantes par lesquelles passe l'anse intestinale maintenue au dehors, et les figures que je mets sous vos yeux retracent d'une manière assez exacte les phases successives de cette évolution.

Quelques jours avant mon départ, j'ai fait photographier le petit malade, aujourd'hui âgé de deux ans et demi; voici l'épreuve que j'ai obtenue; j'y joins le dessin d'après nature de l'anus artificiel de la femme opérée par Secaud, en 1813, et aujourd'hui âgée de quarante-neuf ans, afin de faire apprécier les différences que l'âge amène dans la forme et dans le volume de la tumeur.

J'attribue le succès que j'ai obtenu dans ma dernière opération, en premier lieu à ce que j'ai agi très-peu de temps après la naissance. L'enfant, né à quatre heures du matin, a été opéré à neuf heures du soir. Il en est un peu de l'anus artificiel comme de la hernie étranglée, on a d'autant plus de chances de réussir qu'on prend son parti plus promptement, et que le malade a moins souffert. Il y a toutefois cette différence que dans le cas de hernie étranglée on peut avoir des raisons pour différer, tandis que dans ce cas d'anus artificiel, on n'en a aucune. Il n'y a rien à attendre ni des ressources de la médecine ni de celles de la nature.

En second lieu, je crois m'être placé dans de meilleures conditions, en rétrécissant notablement l'étendue de l'incision faite aux parois abdominales; je l'ai réduite à 25 millimètres; je n'ai passé qu'un seul fil dans le mésentère, au lieu de deux, et j'ai évité avec le plus grand soin de froncer l'intestin. J'ai cautérisé le moins possible.

DISCUSSION.

M. DEPAUL. M. Rochard vient de dire qu'il ouvrait la paroi abdominale dans le but de découvrir l'S iliaque à son origine. Dans l'opération d'anus artificiel chez les enfants dont le rectum est imperforé, je crois qu'on n'est jamais sûr de ce qu'on va découvrir. Dans quatre ou cinq opérations que j'ai faites, je n'étais jamais sûr de ce que j'allais rencontrer après l'incision de la paroi de l'abdomen. J'ai donné quelques indications, mais il n'y a jamais certitude.

M. ROCHARD. J'ai pratiqué trois opérations pour des rectums imperforés. Deux fois j'ai rencontré l'S iliaque bien conformée et bien

située. Dans un cas il y avait rétrécissement filiforme du côlon, la mort survint. Il est évident qu'on n'est pas sûr de rencontrer l'S iliaque ; mais dans quelle opération chirurgicale est-on toujours sûr de trouver ce que l'on cherche ?

M. GIRALDÈS. La remarque de M. Depaul est fort juste ; il est, en effet, très-difficile de dire à l'avance ce que l'on va ouvrir. La conformation et les rapports de l'S iliaque sont très-variables. Il y a quelques années, à la suite d'un rapport de M. Robert à l'Académie de médecine, M. Huguier montra que l'S iliaque était plutôt à droite qu'à gauche, et il proposa de faire l'incision de la paroi abdominale à droite. J'ai voulu vérifier ce qui était fondé dans cette manière de voir. J'ai fait cent autopsies à l'hôpital des Enfants assistés, et le résultat de mes recherches a été que l'S iliaque se rencontre plus souvent à gauche qu'à droite. Il faut se méfier des coïncidences ; ainsi, dans une circonstance, je pris cinq enfants, et tous les cinq avaient l'S iliaque à droite. Celui qui serait tombé sur cette série aurait peut-être, mais à tort, conclu que M. Huguier avait raison.

M. DEPAUL. L'opération de M. Rochard serait à peu près impossible s'il y avait oblitération de l'intestin. Je crois que la nature a des ressources et qu'elle présente elle-même ce qui doit être ouvert.

M. BLOT. La nature du mucus trouvé dans l'anus avec oblitération au-dessus peut servir à diagnostiquer cette oblitération. Ainsi, dans ce cas, le mucus est parfaitement incolore. M. Rochard a-t-il fait une statistique des faits dont il parle ?

M. HUGUIER. J'ai vu tant de fois à l'hôpital de Lourcine que l'S iliaque était à droite, que je ne fais aucun doute à cet égard. Plus tard, à Beaujon, j'ai eu l'occasion de me confirmer dans cette opinion. A l'occasion du rapport de M. Robert sur le fait de M. Rochard, je fis de nombreux dessins que je pourrais communiquer à la Société. Peut-être cette disposition est-elle moins constante que je ne l'ai dit ; mais, en tout cas, elle est très-fréquente, et je crois que l'incision à droite a de grands avantages. Hier matin encore, à l'hôpital Beaujon, on m'a amené un nouveau-né qui avait une oblitération du rectum avec un anus bien conformé. Il était né depuis huit jours ; il avait des vomissements, et le ventre était ballonné. L'oblitération existait à 2 centimètres au-dessus de l'anus. J'ai pratiqué l'incision à droite, au-dessus de l'arcade crurale.

Cet enfant m'a démontré qu'il n'est pas toujours facile de déterminer le point vers lequel la tumeur du méconium fait saillie, à cause de la distension de l'abdomen. Il n'y a pas un seul point qui offre de la matité, et la tension cache le relief de la tumeur. Par la présence

de gaz, l'intestin est porté en haut et en avant, tandis que la tumeur fécale est en arrière, inaccessible à nos moyens physiques d'investigation.

Quoi qu'il en soit, je reconnus chez cet enfant que l'intestin manquait dans une grande étendue. Je parvins à trouver le bout distendu; je le fixai à la paroi abdominale et j'en fis l'ouverture. Je ne connais pas le résultat.

M. BÉRAUD. Il s'est élevé entre M. Huguier et M. Giraldès une discussion sur un problème anatomique à l'égard duquel je puis fournir quelques éclaircissements. Depuis que je suis attaché à la Maternité, j'ai examiné une cinquantaine d'enfants nouveau-nés dans le but de me faire une opinion personnelle sur la situation de l'S iliaque à la naissance. Je dois déclarer que, d'après ces recherches, je pencherais plus volontiers vers la manière de voir de M. Huguier. Cependant, je ne pense pas que M. Giraldès ait mal observé. Comment alors expliquer cette dissidence? Je pense que les observations n'ont pas été faites dans les mêmes conditions. J'ai remarqué, en effet, que si au moment de la naissance l'S iliaque est à droite, il quitte bientôt cette situation pour se rapprocher de la ligne médiane et se fixer à gauche définitivement. Ces changements s'opèrent promptement dès que les fonctions s'établissent, dès que le rectum se vide. Or, je me demande si M. Giraldès, qui a pris ses observations à l'hôpital des Enfants assistés, n'a pas vu des S iliaques ayant déjà subi cette évolution. C'est la seule manière de se rendre compte de la divergence d'opinion entre de si bons observateurs que M. Giraldès et M. Huguier.

M. CHASSAIGNAC. La position de M. Rochard est forte; il a pour lui le succès. Que sont les faits anatomiques en présence de ses résultats? Quant aux cas qui offrent des oblitérations multiples, ils sont malheureux; mais on ne peut en faire une objection à M. Rochard.

M. GIRALDÈS. Je maintiens mon opinion : c'est à gauche que l'on trouve le plus fréquemment l'S iliaque. Sur les cent faits que j'ai vus, il s'agissait d'enfants ayant trois ou quatre jours. M. Bastien, en France, M. Curling, en Angleterre, sont arrivés au même résultat que moi. J'ai compulsé les observations publiées sur ce point, et on a toujours trouvé l'intestin à gauche. Un seul fait publié par M. Tardieu a offert l'intestin à droite. Dans deux opérations que j'ai pratiquées récemment à l'hôpital des Enfants malades, j'ai toujours rencontré l'S iliaque à gauche.

M. ROCHARD. Je réponds à M. Depaul que tous les cas que j'ai vus offraient le cul-de-sac rectal imperforé. Je dirai à M. Blot que

j'ai quinze observations avec guérison ou non-guerison. Quant aux rétrécissements multiples, je suis de l'avis de M. Chassaignac, ce sont des cas malheureux encore au-dessus des ressources de l'art. Quand j'ai dit que j'allais chercher l'intestin, voici ce que je voulais dire : je cherche la fin du côlon descendant, et après l'avoir trouvé je m'en sers pour tirer au dehors l'S iliaque.

LECTURE.

M. ROCHARD (de Brest) fait une lecture sur l'*ulcère dit de Cochinchine.*

Je vous demande la permission, Messieurs, d'appeler un instant votre attention sur une maladie chirurgicale exotique que je crois avoir le premier décrite d'une manière complète : c'est une forme d'ulcère grave qui paraît particulière à la Cochinchine, qui y règne à l'état endémique, et qui a fait de grands ravages dans le corps expéditionnaire que la France entretient depuis quelques années dans ce pays.

J'ai eu l'occasion de l'étudier pour la première fois, à la fin de l'année 1859, sur des matelots et sur des soldats dont elle avait nécessité le retour en France; depuis cette époque, j'en ai observé une dizaine de cas dans les mêmes circonstances, et les renseignements détaillés qui m'ont été adressés par les confrères qui ont été appelés à la traiter à son début dans le pays où elle prend naissance, ainsi que la lecture de leurs rapports de fin de campagne, m'ont permis d'en compléter l'histoire.

Au mois d'octobre dernier, j'ai adressé sur ce sujet à l'Académie de médecine un Mémoire détaillé, et M. le baron Larrey, auquel j'en avais montré un cas lors de son passage à Brest, a bien voulu se charger de le lui offrir en mon nom. Nos confrères de l'armée de terre ont eu l'occasion de l'observer depuis, et M. le docteur Champenois, médecin-major de 1re classe, chef de l'ambulance du corps expéditionnaire, a adressé récemment à M. Larrey un Mémoire accompagné de dessins qu'il vous a présenté.

Cette maladie n'a encore été rencontrée qu'à Touranne et à Saïgon. Elle s'est montrée beaucoup plus fréquente dans la première de ces localités que dans la seconde. Elle reconnaît pour causes prédisposantes l'insalubrité du climat, et l'état d'anémie, de débilité profonde qu'elle entraîne. Elle se montre plus grave à l'époque de la saison des pluies; l'âge et la constitution n'ont aucune influence sur sa production. Il en est de même de la race.

Les Tagals du corps espagnol venus de Manille, les Chinois arrivés de Hong-kong à la suite de l'expédition, en ont été atteints aussi bien

que les Européens et que les Annamites, parmi lesquels elle existe de temps immémorial, ainsi que l'a affirmé à M. de Comeiras, chirurgien principal de la division navale, un missionnaire établi depuis vingt-cinq ans dans le pays. Elle revêt même chez eux un caractère plus grave en raison de leur misère, de leur insigne malpropreté, des maladies de peau auxquelles ils sont sujets, de la faiblesse de leur constitution et de l'absence de tout traitement méthodique.

Aucun fait de contagion n'a été signalé ni dans les ambulances de Touranne ni à l'hôpital de Macao, bien que les malades atteints d'ulcères de Cochinchine séjournassent au milieu des nombreux blessés par armes à feu qui y étaient traités en même temps.

L'ulcère de Cochinchine ne se montre pas d'emblée. Il a toujours pour point de départ une lésion préalable de la peau ; mais chez les sujets placés dans les conditions de débilité que j'ai indiquées, la plaie la plus insignifiante, l'érosion la plus superficielle, suffisent pour lui donner naissance.

Il siége exclusivement aux membres inférieurs. Les malléoles, le cou-de-pied, la face antérieure de la jambe, au-dessous du tiers moyen, la face dorsale du pied, sont les régions qu'il affecte de préférence. On n'en a jamais vu, que je sache, à la face plantaire.

Il est le plus souvent solitaire; cependant plusieurs soldats du corps expéditionnaire en ont été atteints aux deux jambes à la fois.

Ses dimensions sont extrêmement variables. Il a rarement moins de 5 centimètres de diamètre ; mais il s'étend parfois à tout le pourtour de la jambe, et dans quelques cas très-rares on l'a vu envahir le membre inférieur tout entier.

Sa forme est irrégulière, anguleuse ; il borne généralement ses ravages à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané ; mais dans les cas graves, il dépasse cette limite, s'étend aux muscles, qu'il dissèque, aux tendons, qu'il exfolie, aux os, dont il détermine la nécrose ou la carie. Lorsque les désordres sont arrivés à ce point, l'amputation devient la seule ressource, et pratiquée dans ces conditions elle a rarement été suivie de succès.

C'est, on le voit, une affection extrêmement grave. Elle a toujours figuré en première ligne parmi les causes d'exemption de service, tant à terre qu'à bord des bâtiments; elle a été la source d'embarras sérieux pendant le cours de l'expédition. M. de Comeiras en a constaté environ 700 cas parmi les Européens seulement. Il a dirigé sur Macao quatre convois de 100 à 120 blessés chacun ; il en a renvoyé 250 en France.

Le nombre des morts s'est élevé à une centaine, celui des amputations à 30 à peu près. A bord du *Primauguet*, en neuf mois, et sur

un équipage dont la moyenne a été de 150 hommes, M. Autric en a observé 83. Enfin, dans le rapport médico-statistique du docteur Pascual de Torrejon, chirurgien en chef des troupes espagnoles, dont l'effectif n'a pas dépassé 1,500 hommes, on voit figurer 540 cas de plaies avec nécrose, carie, gangrène, dont la plupart doivent se rapporter à l'affection dont je parle, et qui ont causé 14 décès.

Cette maladie affecte une marche rapide. Sous l'influence des causes que j'ai signalées, la lésion insignifiante qui en est le point de départ s'enflamme, devient douloureuse; elle s'entoure d'une auréole d'un rouge sombre, et se transforme en quelques jours en un large ulcère d'aspect gangréneux, d'où s'écoule un ichor d'une extrême fétidité. Cette période inflammatoire s'accompagne de vives douleurs qui contrastent avec l'insensibilité complète que nous aurons l'occasion d'indiquer à une période plus avancée.

Au bout d'un temps variable, suivant les cas, l'ulcère cesse de s'accroître; il se déterge; une eschare, qui comprend le plus souvent toute l'épaisseur de la peau, se détache des parties sous-jacentes et laisse à découvert une surface sanieuse qu'une nouvelle couche pultacée ne tarde pas à recouvrir.

Dans les cas les plus graves, la maladie poursuit son cours; elle gagne en surface comme en profondeur; elle amène les désordres effrayants que j'ai déjà indiqués, et ne tarde pas à se terminer par la mort, lorsque l'amputation ne vient pas en entraver la marche. Dans les circonstances les plus heureuses, après de nombreuses alternatives d'amélioration et de recrudescence, la cicatrisation finit par s'opérer, et si le malade peut quitter le pays, s'il parvient à rétablir ses forces, la guérison est définitive.

Dans quelques cas enfin, la maladie passe à l'état chronique et persiste indéfiniment. C'est sous cette forme seulement qu'il m'a été donné de l'observer, et la description qui précède est empruntée aux rapports des confrères qui l'ont traitée sur les lieux mêmes.

Les sujets qui me l'ont offerte en étaient atteints depuis vingt ou trente mois.

Chez tous elle présentait les mêmes caractères, et sa physionomie est assez nettement accusée pour qu'on puisse la reconnaître d'un coup d'œil, avant même d'avoir interrogé le malade. Le dessin que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, et qui représente la jambe du malade que M. Larrey a bien voulu examiner à Brest, ne peut en donner qu'une idée fort incomplète. C'est un ulcère dont le fond déprimé, inégal, bosselé, est parcouru par des stries longitudinales d'un rouge vif, constituées par de petits vaisseaux sanguins anasto-

mosés entre eux, et séparées par des lignes jaunâtres d'un aspect pultacé.

Cette disposition alternative donne à l'ensemble l'aspect de la chair du jambon. Les bords en sont calleux, nettement taillés à pic, irréguliers; les téguments environnants sont ridés à la surface, et ces plis superficiels rayonnent vers le centre de l'ulcère comme s'il avait attiré à lui la peau voisine pour supporter les frais de sa séparation incomplète.

Enfin, et c'est là surtout le caractère sur lequel je dois insister, cette maladie détermine un état d'anesthésie complète non-seulement dans les parties dont elle a profondément modifié la texture, mais encore dans celles qui l'environnent, et parfois dans la section du membre qui s'étend au-dessous. Chez un de nos malades l'ulcère siégeait au-dessous de la malléole externe, et l'immobilité s'étendait à toute la partie correspondante du pied, tant à la face dorsale qu'à la région plantaire. L'anesthésie est complète; les caustiques les plus énergiques ne sont pas sentis. L'application du fer rouge lui-même n'est pas perçue par le malade. Parfois les muscles sous-jacents sont eux-mêmes atteints de paralysie. Chez le malade que je viens de citer, ceux de la région plantaire externe n'obéissaient plus à l'action de l'électricité. Le muscle pédieux était dans le même cas.

Tous les traitements sont venus échouer contre cette maladie. La cautérisation au fer rouge et les excitants locaux, joints à un régime tonique et réparateur, sont les moyens qui ont paru donner les moins mauvais résultats; mais le plus souvent il a fallu pour obtenir la guérison évacuer les blessés sur l'hôpital de Macao. Je n'ai pas été plus heureux à l'hôpital de Brest. Les malades qui y sont arrivés étaient, il est vrai, au nombre des cas les plus graves parmi ceux qui ont survécu ; mais quelque précaution que j'aie prise, j'ai presque toujours vu survenir la récidive aussitôt que le malade commençait à marcher.

Quelle place convient-il d'assigner à cette affection dans le cadre nosologique ?

Pour résoudre cette question, il faudrait d'abord en établir avec soin le diagnostic différentiel ; c'est ce que j'ai fait dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie; mais cette note, déjà trop longue, ne comporte pas de pareils développements. Qu'il me suffise de dire qu'on ne peut la comparer à aucune des maladies qui règnent sous nos latitudes. La pourriture d'hôpital seule présente avec elle quelques points de contact, et l'analogie est même assez frappante à la première période, pour que les confrères distingués qui l'ont observée dans le pays aient cru d'abord n'avoir affaire qu'à une forme parti-

culière de pourriture d'hôpital modifiée par le climat ; mais la pourriture d'hôpital ne se montre pas comme l'ulcère de Cochinchine chez des hommes encore au travail, qui n'entraient habituellement à l'ambulance que lorsque le mal avait fait assez de progrès pour rendre la progression impossible. La pourriture d'hôpital peut se déclarer partout où il existe une plaie ; elle est, quoi qu'on en ait dit, éminemment contagieuse, tandis que l'ulcère de Cochinchine ne siége qu'aux membres inférieurs, et ce que j'ai dit précédemment prouve qu'il ne se communique pas. La pourriture d'hôpital n'a jamais été, que je sache, signalée à l'état endémique dans la population d'aucun pays, et l'ulcère de Cochinchine existe de temps immémorial chez les Annamites. La pourriture d'hôpital enfin est une maladie à marche aiguë et ne laisse jamais après elle des ulcères interminables, à caractères aussi tranchés que celui que je viens de décrire.

Parmi les maladies chirurgicales exotiques, il est inutile de démontrer que celle dont il s'agit ne présente aucune analogie avec le pian, le bouton d'Alep, de Biskara, etc., puisqu'elle ne débute jamais par une pustule ou un tubercule et qu'elle n'affecte que les membres inférieurs.

Les ulcères des jambes sont extrêmement communs dans tous les pays chauds dont le rivage est couvert de coraux, et particulièrement à Madagascar, aux îles Viti, à l'archipel des Amis ; mais jamais ils n'atteignent ni les proportions ni la gravité de celui que je viens de décrire.

Cette remarque s'applique aux ulcères de la Nouvelle-Calédonie signalés par M. Penard, chirurgien principal de la marine, et par M. Vinson, chirurgien de 2e classe, ainsi qu'au Tonga, que M. de Rochas a observé dans cette colonie.

Il est toutefois deux maladies exotiques dont l'ulcère de Cochinchine se rapproche beaucoup : la première est l'ulcère de Mozambique, décrit pour la première fois par M. le docteur Vinson, médecin à la Réunion, en 1857, étudié par M. Azéma, médecin de cette même colonie, dans un travail qu'il vous a adressé et qui a été l'objet d'un rapport extrêmement important lu par M. Cullerier à la séance du 25 septembre 1861 ; la deuxième est la plaie de l'Yémen, signalée pour la première fois par Lachène dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, et qui n'est connue que par le rapport de Pariset, décrite depuis par Petit, par Harris et par M. Aubert Roche. Cette ressemblance a été déjà signalée du reste. M. Azéma l'a fait ressortir en ce qui concerne l'ulcère de Mozambique et la plaie de l'Yémen, et M. Champenois, dans le mémoire qu'il nous a adressé, compare la

maladie qui fait le sujet de ce travail à la première de ces deux maladies.

Je craindrais d'abuser de l'attention que vous voulez bien me prêter, si j'entrais dans l'examen détaillé des différences qui les séparent et des analogies qui les réunissent. Ce ne sont là peut-être que des manifestations quelque peu dissemblables d'une seule et même affection modifiée par le climat, par la race sur laquelle on l'observe, et reconnaissant une même cause qu'il n'a pas été donné jusqu'ici de découvrir ; mais c'est incontestablement un sujet intéressant qu'il faut chercher à approfondir à une époque où il n'est plus permis de se renfermer dans le cadre trop étroit de la pathologie européenne.

Le malade auquel a appartenu cette pièce pathologique est un robuste artilleur de marine, atteint d'ulcère de Cochinchine à Touranne au mois d'octobre 1858, évacué sur Macao, amputé du deuxième orteil par M. de Comeiras à bord de *la Gironde* pendant la traversée, renvoyé en France au mois d'août 1859, et dirigé sur l'hôpital de Brest pour y subir l'amputation partielle du pied. C'était, en effet, la seule ressource. Son ulcère, large comme une pièce de 5 francs, siégeait à la face dorsale du pied, près de la naissance du gros orteil : il avait atteint les os et les articulations sous-jacentes, dont il avait amené l'ankylose. L'insensibilité du gros orteil était complète, même à la région plantaire.

J'enlevai l'ulcère par une incision curviligne, et pour combler cette perte de substance, je taillai une sorte de demi-lambeau comprenant toute l'épaisseur des parties molles de la plante du pied ; pénétrant ensuite à la réunion de ces deux incisions entre le troisième et le quatrième orteil, je divisai avec la scie à chaînette les trois métatarsiens correspondants dans une direction oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans. Le lambeau plantaire relevé fut maintenu par des points de suture. La guérison s'opéra rapidement, et le malade marche aujourd'hui sans gêne, sans fatigue et sans claudication.

Cette pièce pathologique présente des désordres assez singuliers. Les deux premiers métatarsiens et la première phalange du gros orteil, atteints de carie, sont unis et forment un massif osseux auquel est venue se joindre la première phalange du troisième orteil. Celui-ci s'est dévié depuis l'ablation du deuxième faite en Cochinchine, et est venu se placer entre les têtes du deuxième et du troisième métatarsien ; il s'est soudé avec le deuxième, en conservant toute sa mobilité sur le troisième.

DISCUSSION.

M. CULLERIER. M. Champenois a envoyé à la Société un mémoire sur le même sujet. Je vois que M. Rochard professe les mêmes opinions que lui. Il me semble, d'après la description que je viens d'entendre, que l'ulcère de Cochinchine est à peu près la même affection que l'ulcère de Mozambique. A propos de ce dernier, j'ai regretté qu'on n'eût pas employé le microscope, et je demanderai à M. Rochard s'il a porté ses investigations de ce côté.

M. ROCHARD. Non. L'ulcère ne débute ni par une pustule ni par un tubercule; c'est toujours une blessure qui en est le point de départ.

M. BROCA. Je veux demander à M. Rochard quelle est la gravité relative de cet ulcère chez les indigènes.

M. ROCHARD. Elle est plus considérable que chez les étrangers.

M. BROCA. Si cette affection est plus grave chez eux, il faut qu'ils aient contre elle une sorte d'immunité, quand je vois que sur notre contingent il y a eu 700 cas.

M. ROCHARD. Cette grande quantité tient aux conditions dans lesquelles le corps expéditionnaire s'est trouvé. Il a fallu tout créer, travailler sous la pluie, dans des buissons qui produisaient des piqûres. Les Annamites, au contraire, vivant tranquilles, n'ont pas eu autant de malades. Du reste, parmi les 700 cas, il y en a eu de peu graves. Il n'y a eu en somme que 400 cas graves sur nos 2,000 soldats.

M. BROCA. Y a-t-il une anesthésie semblable à celle de l'ulcère de Cochinchine, dans l'ulcère de Mozambique étudié aussi par M. Rochard?

M. ROCHARD. C'est là un fait spécial à l'ulcère de Mozambique, et qui n'a pas été observé dans l'ulcère de Cochinchine par nos confrères.

M. CULLERIER. M. Azéma n'a pas signalé cette anesthésie dans sa description de l'ulcère de Mozambique.

M. LARREY. Il ne faut pas s'exagérer ce caractère. Il est constaté dans tous les ulcères atoniques. Mon père, qui a fait un emploi très-étendu du fer rouge, a souvent constaté l'anesthésie de certains ulcères.

M. ROCHARD. L'anesthésie dont il s'agit ne siége pas seulement dans les surfaces ulcérées, mais aussi dans les parties circonvoisines n'ayant avec l'ulcère aucune relation nerveuse.

M. LE PRÉSIDENT propose le renvoi du travail de M. Rochard aux *Bulletins*.

La Société adopte.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. ROCHARD. Les deux pièces que je présente sont deux fragments de fémur dont j'ai pratiqué la résection sur deux sujets qui avaient subi longtemps auparavant l'amputation de la cuisse pour cause de tumeur blanche. Tous deux avaient guéri de leur amputation, mais non radicalement; la maladie de l'os s'est reproduite, et j'ai dû en venir à la résection de son extrémité.

Le premier de ces sujets, opéré en ville, a succombé à un érysipèle. Je me hâte d'ajouter que c'est la seule fois qu'il me soit arrivé, dans une pratique déjà assez étendue, de perdre un opéré de la suite de cette complication, et ce n'était pas à l'hôpital.

La seconde pièce, qui présente des désordres si complexes, provient d'un sujet auquel j'avais amputé la cuisse dix-huit mois auparavant par la méthode oblique elliptique. L'os, largement recouvert par les parties molles, n'avait pas été exposé à l'air un seul instant et la cicatrice s'était faite d'une manière régulière dans presque toute son étendue. Il restait cependant un petit trajet fistuleux qui arrivait sur l'os dénudé.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. Je voudrais savoir s'il s'agit d'une ostéo-myélite ou d'une ostéite dans le premier fait que vient de nous communiquer M. Rochard.

M. ROCHARD. Il s'agissait, en effet, d'une ostéite.

M. MARJOLIN. C'est là une affection très-fréquente chez les enfants. J'ai remarqué qu'elle est très-sujette à des récidives, et de là la nécessité des résections pour les inflammations osseuses.

M. ROCHARD. J'ai eu l'occasion de constater la justesse de l'observation faite par M. Marjolin.

— M. DEMARQUAY présente les pièces anatomiques relatives à un rétrécissement de l'œsophage, et remet en même temps l'observation.

Cas de rétrécissement squirrheux de l'œsophage ; autopsie. (Observation recueillie et rédigée par M. Ch. BERNADET, interne du service.)

M. X., âgé de cinquante-neuf ans, médecin, entre à la Maison de santé le 28 février 1862 dans le service de M. Demarquay, pour se faire traiter d'un rétrécissement de l'œsophage.

C'est un malade d'une constitution délicate, d'un tempérament nervoso-bilieux, et qui de plus a éprouvé dans sa vie de violents chagrins. Il a beaucoup voyagé, et est tombé sérieusement malade

pour la première fois de sa vie à l'île Maurice. Le médecin qui le traita lui fit subir de fréquentes saignées. Après avoir passé sept ans de sa vie à l'étranger (principalement dans les pays chauds), il rentra en France jouissant d'une santé médiocre. Il n'a jamais fait d'excès, et n'a jamais présenté le moindre accident vénérien.

Il y a dix ans, à la suite d'un froid aux pieds, il éprouve de très-vives douleurs dans le bas-ventre, ainsi qu'une sorte d'anxiété générale, indéfinissable, survenant tous les soirs. C'est alors qu'il se met à l'usage de la morphine. Il en prend d'abord de petites quantités, et arrive par gradation jusqu'à l'énorme dose de 10 ou 12 grains par jour.

Il a continué cet abus de l'opium depuis cette époque jusqu'aux derniers moments de son existence.

A l'époque de son mariage, on s'aperçut que tous les matins il expectorait une abondante quantité de mucus à son lever.

Il y a un an, à la suite de l'immersion de sa tête dans de l'eau très-froide (habitude qu'il avait contractée pour empêcher ses cheveux de grisonner, d'après l'avis d'un coiffeur), il contracte un mal de gorge assez violent.

Enfin, au mois de mars dernier 1861, il s'empoisonne involontairement à la suite de l'ingestion de trois cuillerées à café de laudanum de Rousseau. Trois litres de café pur et des applications de linges chauds et secs sur le corps le rappelèrent à la vie. Il s'en ressentit pendant trois mois, étant d'une faiblesse extrême, obligé de garder le repos dans sa chambre. Quelque temps après il risqua de s'empoisonner de nouveau avec des pilules de morphine et de jusquiame.

En août 1861, on commence à s'apercevoir de sa difficulté à avaler. Il se lève souvent de table pour cracher les aliments qu'il vient d'ingérer. Il lui fallait une mastication prolongée pour rendre possible le passage du bol alimentaire. Un médecin consulté diagnostiqua un rétrécissement de l'œsophage, et passa une petite sonde. Depuis il n'a plus voulu se soumettre au cathétérisme.

Les difficultés dans la déglutition ont été en augmentant. On ne le nourrissait plus que de perdrix et de riz très-fortement réduits en bouillie, encore n'avalait-il qu'avec une extrême lenteur.

Du 24 au 25 février, le spasme fut si intense qu'il ne put même introduire une seule goutte d'eau dans son œsophage.

Enfin, le jeudi 27 février 1862, il consulte M. le professeur Trousseau, qui l'adresse à la Maison de santé.

Le lendemain vendredi 1er mars, nous le voyons à notre première visite. Il s'offre à nous dans un état de maigreur excessive; son vi-

sage offre une coloration jaune terreuse, et porte l'empreinte de la souffrance.

En examinant sa cavité buccale, on la trouve libre jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. Elle n'offre pas de coloration pathologique. Le cou ne présente extérieurement aucune tumeur. M. Demarquay pratique alors le cathétérisme de l'œsophage avec une sonde en caoutchouc. Avec un peu de difficulté et de résistance, il parvient cependant à la faire passer deux fois. Elle donne pendant son passage la sensation de filières successives, ou de nœuds d'étranglement, situés à des hauteurs différentes.

La seconde fois, elle cause des nausées très-intenses, qui obligent à suspendre l'expérience, et à remettre au lendemain l'exploration du conduit œsophagien.

Il se trouve assez bien dans la journée, mais le soir on peut constater un appareil fébrile assez prononcé. Le pouls est plein et vibrant; la peau est chaude et humide; la langue sèche; la soif intense.

Le samedi 2 mars à neuf heures et demie, nouvelle tentative de cathétérisme. Cette fois M. Demarquay, pour se rendre un compte exact de l'obstacle et de son siége, emploie une tige en métal, surmontée d'une petite boule en ivoire. Celle-ci, de forme olivaire, offre 1 centimètre dans son plus grand diamètre, qui se continue avec l'axe de la tige, et de 5 ou 6 millimètres dans son petit diamètre horizontal.

Après un moment de lutte contre un obstacle qui paraît situé tout à fait à l'orifice supérieur de l'œsophage, au niveau du cartilage cricoïde, la boule franchit le canal. Mais cette tentative est si douloureuse pour le malade, que l'on est obligé de la suspendre pour n'y plus revenir.

Le malade, en effet, régurgite aussitôt, et avec violence, quelques glaires pharyngées; il devient pâle; sa figure se couvre de sueurs, et il accuse une angoisse inexprimable dans la poitrine. On replaça le malade dans son lit.

A une heure de l'après-midi, il ne s'est produit aucune amélioration. Les douleurs sont toujours très-violentes. Interrogé sur leur siége, le malade, dont la voix a beaucoup faibli, indique toute sa poitrine, notamment la région sternale, où il éprouve une sensation d'anxiété indicible. Le pouls n'est pas élevé au-dessus de la normale. On prescrit : bain de son prolongé; cataplasmes laudanisés sur le thorax.

A six heures du soir, il y a un mieux léger; les cataplasmes laudanisés ont déterminé un peu de soulagement. Il a pris quelques

cuillerées de bouillon et de vin. — 30 grammes de sirop de morphine sont donnés pour la nuit.

Le lendemain matin, dimanche 3 mars, le malade est dans un affaissement profond ; les yeux sont excavés et le teint plombé. Il est presque aphone, et nous prie par des signes d'examiner la région du cœur, où il dit souffrir beaucoup. L'oreille, appliquée dans cette région de la poitrine, ne perçoit point de bruits anormaux. Les mouvements du cœur paraissent seulement tumultueux et irréguliers. Le pouls est un peu plein et vibrant. La respiration ne paraît pas lésée fonctionnellement, bien que ses deux temps soient accompagnés d'un râle trachéal humide, percevable à distance. La chaleur de la peau paraît abaissée. L'aspect général du corps revêt une teinte cyanosée. On prescrit, sur la demande du malade, de la glace à sucer; lavements de vin et de bouillon, car la déglutition de la moindre goutte de liquide est impossible ; potion au chlorhydrate de morphine pour la nuit.

La prostration et l'adynamie augmentent graduellement dans la journée, et le malade expire dans la nuit, à une heure moins un quart, en conservant l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Autopsie pratiquée le mardi 5 mars, à huit heures du matin. — Le sternum étant enlevé, on trouve immédiatement au-dessous de lui une vaste nappe de pus occupant toute l'étendue du médiastin antérieur, et remontant vers la région cervicale, d'où il paraît avoir fusé. La plèvre à droite et à gauche renferme de 158 à 200 grammes de sérosité albugineuse, jaunâtre. Il y a de plus deux ou trois fausses membranes blanchâtres au niveau de la plèvre costale gauche, en arrière et vers la sixième côte du même côté.

Tout le poumon droit est fortement congestionné dans sa moitié inférieure. Son parenchyme offre une coloration rouge foncé, et les tranches ou coupes qu'on y pratique tombent au fond de l'eau. Le sommet est presque exsangue ; il contraste fortement par son gris jaunâtre avec le rouge brun des parties déclives. A gauche, tout le lobe postérieur est atteint d'une congestion semblable ; mais le lobe antérieur donne à la coupe des canaux d'où suinte une sérosité purulente ; il offre, en un mot, les signes d'une broncho-pneumonie à sa dernière période.

Le cœur est sain; il y a un peu de sérosité dans le péricarde.

L'œsophage enlevé avec la trachée, on peut constater qu'aucune tumeur ne vient comprimer leur calibre. En fendant l'œsophage sur sa ligne médiane et postérieure, on voit que depuis l'anneau cricoïdien jusqu'à son entrée dans l'estomac, la muqueuse ainsi que les

parois du canal sont saines, si ce n'est quelques arborisations vasculaires, traces légères d'une subinflammation occasionnée par le cathétérisme. Le calibre du canal, régulier dans toute sa longueur, paraît un peu diminué par suite de l'abstention de tout passage des aliments.

Au niveau du cartilage cricoïde, c'est-à-dire à la partie commençante du canal, s'observe un rétrécissement circulaire, d'une hauteur de 3 centimètres 1/2, si considérable qu'un tuyau de porte-plume le franchit tout juste. Les parois, au niveau de cet étranglement, paraissent fortement épaissies ; au toucher, elles donnent la sensation du tissu squirrheux ou cartilagineux. C'est sur les parties latérales qu'elles revêtent surtout leur plus grande épaisseur. La muqueuse sous-jacente est blanchâtre : elle a l'apparence du tissu cicatriciel, et offre des plis longitudinaux analogues et fort comparables à ceux qu'on observe au rectum au niveau du sphincter anal.

Immédiatement au-dessous de ce rétrécissement et en dehors du canal œsophagien, entre lui et la trachée, à gauche, et dans le tissu cellulaire qui les sépare, existe une vaste traînée purulente qui s'étend jusqu'au médiastin antérieur. Le nerf récurrent, compris dans les parois de ce kyste purulent, paraît avoir été comprimé. Son névrilème est fortement injecté. Enfin il n'y a aucune trace de communication de cette cavité purulente soit avec la trachée, soit avec l'œsophage.

L'examen microscopique du rétrécissement, pratiqué par M. Luys, nous a montré ce qui suit :

« Le tissu morbide se présente sous l'aspect d'une plaque lardacée, de coloration blanc jaunâtre. La muqueuse du larynx, au niveau des bords de cette plaque, présente un aspect sanieux foncé, quelques bourgeonnements et une vascularisation médiocre.

» Une incision verticale intéressant toute l'épaisseur du produit morbide révèle qu'il est constitué par un tissu blanc grisâtre de consistance moelleuse, peu vasculaire, principalement sur les limites de la portion saine.

» Au niveau de la portion médiane, le tissu est presque complétement fibroïde, et rappelle l'aspect du tissu squirrheux proprement dit. Les éléments histologiques que l'on y rencontre consistent en une forte proportion de cellules de tissu conjonctif en voie de solidification. Les unes contiennent des noyaux doubles, triples ; d'autres offrent dans leurs parois un développement insolite d'éléments fusiformes qui sont disposés en couches concentriques, et qui çà et là passent à l'état de fibres libres et indépendantes. Dans les régions qui sont relativement les plus anciennes comme date, les éléments

conjonctifs sont pressés les uns à côté des autres et complétement condensés en tissu fibroïde résistant. »

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 2 avril 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Legendre, ex-prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

Larrey. *Notice sur l'hygiène des hôpitaux militaires.* Paris, 1862, in-8°.

Bericht über den Volksgesundheits-Zustand und die Wirksamkeit der Civil-Hospitäler im Russischen Kaiserreiche fur das Jahr 1859. Sanct-Petersburg, 1861, gr. in-8°. (Compte rendu de l'état sanitaire des populations et sur le mouvement des hôpitaux civils de l'empire russe en 1859.) Cet ouvrage, publié par le ministère de l'intérieur de Russie, est adressé à la Société par les soins de M. le professeur Heyfelder, membre correspondant étranger.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. GIRALDÈS. Je veux préciser les résultats de mes recherches. J'avais dit que j'avais observé 100 cas : c'est 114 qu'il faut dire. Sur ces 114 autopsies, j'ai trouvé seulement vingt-quatre fois l'S iliaque à droite. Curling, sans savoir ce que j'avais observé de mon côté, a obtenu des résultats analogues. Ainsi, sur 20 cas, il n'a vu que deux fois l'S iliaque à droite. J'ai compulsé 11 autopsies d'enfants imperforés, et dans toutes la situation classique a été rencontrée. Sur 15 opérations, je trouve que onze fois on est tombé sur l'S iliaque en employant la méthode de Littre. Pilore (de Rouen), voulant découvrir le cœcum, fit une fois l'incision à droite, et il rencontra l'intestin grêle.

De tous ces faits, je conclus :

1° L'S iliaque est située plus souvent à gauche qu'à droite ;

2° Il y a danger de faire l'incision à droite pour découvrir cette partie de l'intestin.

M. HUGUIER. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit dans la précédente séance. Je rappellerai seulement que M. Béraud a trouvé la même disposition que moi. Si on a pratiqué l'opération à gauche, c'est par suite d'une erreur ancienne, et il ne faut pas en faire un argument contre la méthode que je propose.

En faisant l'incision à droite, on arrive sur la partie de l'intestin qu'il importe de découvrir, et on laisse au-dessous de l'incision une portion moindre de l'intestin. Par cette méthode, il est plus facile de rétablir la continuité de l'S iliaque avec le rectum et d'ouvrir celui-ci, tandis qu'en faisant l'incision à gauche, si on veut ouvrir l'anus ou le rectum imperforé, on est obligé de suivre les circonvolutions de l'S iliaque avant de pénétrer dans le rectum. Quand on opère par le périnée et qu'on pénètre à travers les parties molles pour aller à la recherche de l'extrémité de l'intestin imperforé, il faut se porter à droite; or, si dans quelques cas on n'a pas trouvé cette extrémité terminale, c'est qu'on a été trop à gauche du bassin.

M. GIRALDÈS. Je soutiens que les opérations faites jusqu'ici prouvent quelque chose, puisqu'on est tombé d'emblée sur l'S iliaque. Dans les cas de mort, on n'a pas trouvé à l'autopsie la disposition signalée par M. Huguier. On aurait donc tort d'abandonner le précepte classique.

COMMUNICATION.

M. TRÉLAT. La communication que M. Rochard (de Brest) nous a faite dans la dernière séance sur un cas d'anus artificiel chez un enfant atteint d'oblitération rectale a provoqué une discussion à laquelle ont pris part plusieurs de nos collègues. M. Depaul a pensé que l'opération pratiquée par M. Rochard ne convenait pas à tous les cas d'oblitération intestinale. Je partage complétement cette manière de voir, que j'énoncerai d'une façon plus générale dans les termes suivants : Aucune opération ne peut être proposée comme méthode générale dans les obstructions congénitales du tube digestif; chaque méthode, chaque procédé, chaque variété de procédé, reconnaît des indications spéciales. Ces indications sont nombreuses et diverses, et je prends la parole parce qu'il me semble que jusqu'ici les chirurgiens n'ont pas suffisamment tenu compte de cette diversité.

Toutes les oblitérations du tube digestif ont pour cause un arrêt ou une anomalie de développement ; ce ne sont pas des lésions inex-

pliquées; elles sont en rapport intime avec la genèse de l'organe qu'elles atteignent. J'ai déjà indiqué cette opinion dans un rapport lu à la Société anatomique en 1858. Aujourd'hui je la formule d'une manière plus claire et plus compétente. Acceptée par tous les chirurgiens et les anatomistes pour les malformations de l'anus et du rectum, elle n'a pas rencontré le même assentiment pour les oblitérations de l'intestin proprement dit. Il me serait facile de prouver que cette divergence tient à ce que tous les faits n'ont pas été convenablement appréciés. Mais je ne puis aborder ici cette discussion, qui rentre tout entière dans le domaine de la tératologie.

Quoi qu'il en soit, les vices de conformation de l'anus et de la partie extrême du rectum sont de beaucoup les plus communs. L'embryogénie pouvait le faire prévoir, car d'après une loi établie par M. Coste, *les vices de conformation sont d'autant plus fréquents qu'ils atteignent des parties dont l'évolution est plus tardive.* Mais l'expérience et l'observation confirment ces données premières. Sur un relevé de 60 cas d'atrésie intestinale, M. Lobligeois (1) a trouvé que la lésion siégeait 52 fois entre le sphincter d'O'Beirne et la peau.

Sans tenir compte de cette statistique naturellement fort incomplète, j'en appelle aux membres de la Société, bien certain d'avance que chacun d'eux aura observé plus ou moins souvent des hémitéries anales, et très-rarement ou jamais des oblitérations portant sur des points plus élevés de l'intestin. Si donc il faut être bien averti que de pareilles lésions peuvent se présenter, on n'en doit pas conclure, avec M. Depaul et M. Blot, qu'elles sont loin d'être rares. Toutes les recherches que j'ai pu faire ne m'ont donné que quatorze cas d'oblitération du petit intestin en des points divers, deux cas d'occlusion valvulaire cœco-colique, et deux cas d'absence du rectum et d'une portion du côlon. Je ne parle pas, bien entendu, des monstres et de certains abouchements anormaux de l'intestin, où on observe assez souvent l'absence de grands segments du tube digestif.

J'ai recueilli, en outre, quelques autres faits relatifs à des terminaisons de l'S iliaque au niveau du promontoire ou un peu au-dessous; j'en tiendrai compte en discutant l'indication opératoire.

En somme, l'oblitération portait quatre fois sur la jonction du duodénum et du jéjunum, au point où l'intestin se détache de la paroi abdominale postérieure; trois fois vers le milieu de l'intestin grêle; une fois dans son dernier tiers; cinq fois tout près de la valvule iléo-

(1) Thèse inaugurale. Paris, 1856.

cœcale. Dans un dernier cas, publié par M. Voillemier, l'intestin était divisé en quatre segments, et il y avait en outre une imperforation anale ; c'est le seul fait de cette nature que j'aie rencontré.

Les oblitérations du côlon ont été vues deux fois à son origine par MM. Nélaton et Guersant; à la naissance du côlon descendant, par M. Schuppert ; à sa terminaison, par Jamieson. Dans de nombreux cas, enfin, l'intestin se termine à une hauteur variable dans la cavité du petit bassin.

Si ces lésions pouvaient être constatées avec facilité, si leur symptomatologie était claire et bien accusée, nul doute que les chirurgiens n'eussent cherché en toute circonstance à remplir l'indication opératoire. Par malheur le diagnostic est toujours très-difficile, parfois impossible ; souvent il n'a pas été cherché. De là, hésitations fâcheuses, temporisations funestes, et pis encore, opérations sans utilité ou même sans résultat.

Nombre de fois, le trocart ou le bistouri se sont égarés dans les profondeurs du petit bassin à la recherche d'un intestin introuvable, soit qu'il manquât réellement ou qu'il échappât à des manœuvres mal conduites. Bien mieux, je vois un chirurgien expérimenté qui cherche en vain dans le flanc gauche, par le procédé d'Amussat, le côlon descendant pour remédier à une oblitération de l'intestin grêle.

Il est donc nécessaire d'établir un diagnostic sérieux, et si ce diagnostic est impossible, de mettre les chances de son côté par une opération convenable.

Je ne puis dans le cours de cette discussion analyser toutes les observations; je me borne à indiquer les résultats que cette analyse m'a fournis.

Le vice de conformation est quelquefois constaté directement par l'homme de l'art au moment de la naissance; mais le plus souvent ce sont des troubles fonctionnels bien connus de tous qui viennent le révéler.

Parmi ces troubles, il y en a un qui doit fixer l'attention : c'est le vomissement. En général, il apparaît d'autant plus vite que l'obstacle est plus élevé; si l'intestin grêle n'est perméable que dans une petite étendue, les matières vomies sont jaunâtres, quelquefois verdâtres; elles ressemblent au méconium, mais ne peuvent être confondues avec lui.

Quand l'oblitération siége vers la valvule iléo-cœcale ou au-dessous, les vomissements, d'abord jaunes, prennent bientôt l'aspect du méconium. Il y a là un caractère un peu vague peut-être, mais non dépourvu de signification.

Dès qu'il est averti, le chirurgien explore la région anale ; il trouve alors l'une des quatre dispositions suivantes :

1° Il n'y a pas trace d'anus, le raphé médian se continue jusqu'au coccyx, ou bien la peau est plane et lisse d'une fesse à l'autre.

2° L'anus est représenté par une faible dépression, une trace cicatricielle, un léger froncement, un ou plusieurs orifices borgnes.

3° L'anus existe, mais le doigt qui le traverse est rapidement arrêté par un obstacle, une cloison qui siége à quelques centimètres de l'orifice.

4° L'anus et le rectum sont perméables dans une très-grande étendue ; il y a quelque part une oblitération, mais on ne peut pas l'atteindre.

Reprenons ces différents cas :

1° Il n'y a pas trace d'anus. Cette disposition se lie, dans la grande majorité des faits, à une déviation tératologique du rectum. C'est, sauf quelques modifications, la persistance du cloaque ; l'intestin s'ouvre dans la vessie, l'urèthre ou le vagin, qui laissent écouler du méconium ou des urines méconiales. Parfois l'orifice est très-étroit, ou même il y a fusion d'organes sans communication des cavités. Le rectum distendu est presque toujours dans le petit bassin couché sous la vessie ou le vagin, mais quelquefois il manque dans une plus grande étendue ou même dans sa totalité.

2° Il y a des vestiges d'anus. On a affaire alors à une atrésie anorectale plus ou moins étendue, très-rarement à un abouchement anormal. Souvent le rectum est très-voisin, mais les exceptions ne sont pas absolument rares.

3° L'anus est bien conformé, mais il y a une imperforation rectale. Presque toujours, en pareil cas, il n'y a qu'une cloison plus ou moins épaisse ; les deux bouts de l'intestin sont en rapport l'un avec l'autre.

4° L'anus et le rectum sont perméables ; il y a une oblitération, mais elle est inaccessible. Dans tous les cas de cet ordre que je connais, l'obstacle siégeait soit auprès de la valvule iléo-cœcale, soit dans un point plus élevé de l'intestin grêle. Dans ce dernier cas, la précocité des vomissements et leur nature indiqueront la hauteur relative de l'oblitération.

Ces premières données sont insuffisantes pour asseoir le diagnostic, mais elles guideront les recherches ultérieures.

Celles-ci auront pour but d'éclairer les points suivants : le rectum est-il dans le petit bassin ? le côlon occupe-t-il sa position normale dans le flanc gauche ? ne peut-on trouver ni lo rectum ni le côlon descendant ?

Ce n'est pas chose facile que de constater la présence ou l'absence du rectum dans le petit bassin, quand les signes extérieurs font défaut. La percussion et l'auscultation, malgré les faits de M. Miriel, ne peuvent donner que des renseignements trompeurs. Ici rien ne me paraît préférable au cathétérisme vésical ou vaginal pratiqué comme le conseille M. Bouisson, c'est-à-dire en promenant transversalement le bec de la sonde sur la face antérieure du sacrum. Ajoutons que parfois le bec de la sonde ramènera quelques traces de méconium, qui, filtrant à travers un étroit orifice, n'avaient pu se faire jour à l'extérieur ; ce complément de preuve sera fort utile, le cas échéant.

Notre collègue M. Depaul nous a montré quel parti on peut tirer de la percussion pour le diagnostic des oblitérations intestinales. C'est la percussion, c'est le palper de l'abdomen, l'examen de sa forme, qui nous révéleront la présence du côlon descendant. On pourra sentir une tumeur allongée, plus ou moins verticale, molle et donnant un son mat, ou bien, si l'obstacle est situé plus haut, on ne sentira aucune tumeur, et le doigt fera retentir toute la région d'un bruit également sonore. C'est à gauche qu'il faut faire ces recherches, sans crainte que l'S iliaque se trouve à droite comme dans les cas signalés par M. Huguier, car nous examinons l'hypothèse où le rectum n'existe pas dans le petit bassin, et, en pareil cas, le côlon descendant est court et ne peut flotter d'un côté à l'autre de l'abdomen.

En définitive, on constatera : ou bien que le rectum, rempli de matières méconiales, est dans le petit bassin, ou bien qu'il n'y est pas, mais que le côlon descendant est en position, ou bien, enfin, que l'on ne peut reconnaître la présence de ce dernier intestin. De là une triple indication opératoire qui réclame rigoureusement une triple variété d'opérations.

Je pose en principe que, tant que le rectum descend dans le petit bassin, il faut chercher l'intestin par le périnée, non à l'aide de ces procédés aveugles de ponction avec le trocart ou le bistouri, mais par une opération lente, graduée, méthodique en un mot. Il faut faire ce qu'ont fait Amussat, M. Denonvilliers, M. Hermann Friedberg; ce que notre collègue M. Verneuil proposait en 1857 à la Société de chirurgie ; il faut remonter par la dissection jusqu'au rectum, l'attirer dans la plaie extérieure et le fixer à ses bords. En agissant ainsi, on courra moins de dangers, on n'ira pas perforer le vagin, la vessie ou l'intestin grêle, comme cela est arrivé ; on terminera heureusement des opérations qui eussent été impossibles par les procédés de ponction ; enfin, on fera ce qu'il y a de mieux contre ces rétrécissements consécutifs qui sont si fréquemment mortels.

On n'a pu reconnaître le rectum dans le petit bassin, mais le côlon

descendant est dans la fosse iliaque gauche. Il ne peut y avoir ici de doute pour personne. Il y a lieu de pratiquer au côté gauche la côlotomie par la méthode de Littre ou de Callisen : l'indication est la même pour les deux méthodes ; ce n'est plus alors qu'une question de médecine opératoire, et à ce point de vue la méthode de Littre me semble bien supérieure.

Enfin, dans une dernière hypothèse, l'anus et le rectum sont perméables ; l'obstacle est très-élevé, manifestement au-dessus du côlon descendant. C'est le cas observé une fois par M. Blot et trois fois par M. Depaul. — En pareille circonstance, je dis qu'il faut faire un anus artificiel dans la fosse iliaque droite. Je loue infiniment M. Depaul de la sagacité dont il a fait preuve dans les deux cas où il a pratiqué l'entérotomie du côté gauche ; mais c'est justement parce que je tire profit de ces faits et de leurs analogues que je dis : C'est à droite qu'il faut opérer ; c'est à droite, car c'est là que vous trouverez le cœcum perméable dans les cas analogues à ceux de MM. Nélaton et Guersant ; c'est là que vous aurez le plus de probabilité d'ouvrir la fin de l'intestin grêle, c'est-à-dire de faire l'anus artificiel juste au-dessus de l'obstacle ; c'est encore là que vous ferez la meilleure opération dans le cas où l'obstacle siégerait plus haut sur le tube digestif ; enfin, en cas d'erreur de diagnostic, c'est-à-dire si le gros intestin et le côlon étaient perméables, on aurait la chance fréquente, suivant MM. Huguier, Béraud et moi, de tomber sur l'S iliaque flottante dans la fosse iliaque droite ou au pis-aller d'ouvrir l'intestin grêle ; mais, en tout cas, on ne s'exposerait jamais à faire une opération sans résultat.

En résumé, Messieurs, si le rectum est dans le petit bassin, opérer par la méthode périnéale ; si on ne peut trouver le rectum et que le côlon descendant soit en place, faire la côlotomie à gauche ; si on ne peut déterminer le côlon, pratiquer l'opération de Littre dans la *fosse iliaque droite*. Telle est du moins la conséquence de l'exposé que je viens de faire. Si nous avons l'espoir de sauver quelques-uns des nouveau-nés atteints d'oblitération intestinale, c'est, dans ma conviction, en agissant dans les recherches diagnostiques avec une méthodique rapidité et en exécutant des opérations dictées par des connaissances anatomo-pathologiques exactes et complètes.

M. HUGUIER. Je veux faire quelques observations pratiques sur le diagnostic du siége de l'oblitération intestinale. J'ai pratiqué une opération, il y a huit jours, pour une imperforation. Je ne trouvais pas la tumeur, et pour mieux la découvrir je faisais crier l'enfant ; rien ne pouvait m'éclairer, et je me suis dit alors qu'il y avait une oblitération siégeant plus ou moins haut. Mais il y avait une tympa-

nité intestinale qui m'empêchait absolument de trouver le siége de la tumeur. J'ai opéré à droite ; j'ai rencontré une anse d'intestin grêle, je l'ai fait rentrer après qu'elle fut sortie. J'ai senti ensuite un cordon représentant l'intestin, et j'ai fini par trouver la tumeur à droite. Ainsi, pour me résumer, je dirai que la palpation, la tuméfaction, la sonorité, ne sont pas des signes qui puissent suffisamment nous éclairer pour déterminer rigoureusement le siége de la tumeur et de l'oblitération intestinale.

M. DEPAUL. M. Trélat a affirmé que les 14 cas d'oblitération intestinale connus constituent un nombre peu important ; je ne suis pas de son avis, c'est déjà un nombre assez considérable. J'ai observé deux cas, et M. Blot en a observé un autre. Dans ces faits, rien à l'extérieur du périnée ne pouvait faire supposer cette altération. Je n'ai pas dit que ces faits fussent communs, ainsi que me le reproche M. Trélat.

Du reste, je partage l'opinion de M. Trélat quand il dit que les cas les plus fréquents sont ceux dans lesquels il y a absence d'anus, avec membrane transversale. Quant aux imperforations avec cloisons transversales, tout le monde est d'avis qu'elles sont les plus favorables pour la guérison. Tout récemment, à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai pratiqué avec succès une opération pour une semblable imperforation.

En terminant, M. Trélat a proscrit le trocart et le bistouri pour aller à la recherche du bout intestinal. Je pense que notre honorable collègue est allé trop loin. En 1839, à la Maternité, plus tard à la Clinique, j'ai vu le trocart nous rendre des services à moi et à M. Paul Dubois. Cette méthode est bonne, mais non dans tous les cas. Je ne pense pas qu'il faille renoncer au bistouri et au trocart, surtout quand on l'emploie comme explorateur.

MM. Huguier et Trélat disent que la percussion et la palpation ne peuvent servir à rien. Je ne suis pas de leur avis ; je les crois utiles. La forme du ventre a une signification considérable. En prenant un à un tous les symptômes, on peut en effet les considérer comme peu significatifs ; mais dans leur ensemble, dans leur mode de réunion, on peut leur faire dire beaucoup pour le diagnostic du siége de l'oblitération. Quoi ! lorsque tout le gros intestin manque, il n'y aurait rien à l'extérieur qui trahirait cette absence ! Je ne puis le croire. J'ai pu m'assurer, dans ce cas, qu'on pouvait avec ces signes porter un diagnostic juste.

Je n'ai pas compris l'expression suivante de M. Trélat : Quand les enfants ne vomissent pas du méconium. Mais tous les enfants vomissent du méconium plus ou moins délayé, ayant une couleur plus ou

moins verdâtre, suivant le mélange; mais tous ces vomissements ne fournissent aucun renseignement précis.

Quant au mucus excrété par l'ouverture anale, il offre une importance réelle. On peut avec une sonde aller le chercher plus ou moins haut; et, suivant sa couleur, on peut dire si le rectum est imperforé ou bien si l'oblitération est près du cœcum.

— M. LE PRÉSIDENT renvoie la suite de la discussion à la prochaine séance.

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 9 *avril* 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Colombel (Henri), ex-interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur l'arthrite sèche*. Paris, 1862, in-4°.

— M. le docteur Ollier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse une observation d'anévrysme poplité spontané guéri par la compression digitale. (Commissaires, MM. Broca et Verneuil.)

— M. le docteur Ange Duval, premier chirurgien en chef de la marine impériale, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine navale de Brest, écrit à la Société pour se porter candidat au titre de membre correspondant national. (Un travail manuscrit de M. Duval a déjà été envoyé précédemment à la Société.)

— La Société a reçu en outre les ouvrages suivants :

Gellé : *Etude du rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche*. Paris, 1861, in-8°.

— *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*. Tours, 1861, in-8°.

— E. Lancereaux : *De la thrombose et de l'embolie cérébrales*. Paris, 1862, in-4°.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation envoyée par M. le docteur Chairou, relative à un cas d'oblitération congéniale complète à l'union du rectum avec l'S iliaque.

Je fus, dit M. Chairou, appelé le 23 mars pour le fait suivant :

La femme X..., âgée de vingt ans, d'une bonne constitution, avait mis au monde six jours auparavant une petite fille qui naissait à terme et paraissait bien conformée. Cependant, le sixième jour, les parents, inquiets de ne pas voir d'évacuation de matières stercorales, me montrèrent l'enfant. Il est de petite taille, et tette très-peu. Le ventre est très-tendu, tuméfié, douloureux : la plus légère pression fait pousser des cris perçants. Une saillie considérable et très-dure correspond à la base de la poitrine et sur le trajet du côlon transverse. Les urines s'écoulent avec abondance.

A l'examen de l'anus, on trouve celui-ci régulièrement conformé, plissé et même perforé. On peut introduire un stylet à un centimètre environ, mais pas au delà : même résultat avec une sonde en gomme élastique de petite dimension. Après chaque exploration, il s'écoule une petite quantité de liquide jaunâtre, de consistance séreuse et empesant le linge.

Après quelques tentatives infructueuses pour faire pénétrer la sonde ou le stylet plus avant, on peut sentir l'intestin par l'introduction du petit doigt dans l'anus. Je me décidai à envoyer l'enfant le lendemain lundi à la consultation de l'hôpital Beaujon. Là, nouvel examen infructueux, et le chirurgien, M. Huguier, se décide à tenter l'opération le lendemain 25 mars.

L'enfant fut donc amené à l'heure convenue, et M. Huguier lui pratiqua l'opération de l'anus artificiel au-dessus du pli inguinal droit.

L'enfant ramené chez ses parents présente au bout de quelques heures des symptômes de péritonite. Il refuse de prendre le sein de la nourrice. Les quelques cuillerées d'eau de gruau ou de lait qu'on parvient à lui faire ingurgiter sont vomies. Malgré l'évacuation abondante de méconium qui se fait par l'anus artificiel, le ventre se tend davantage. Pendant la nuit, les vomissements augmentèrent ; l'enfant ne rejeta plus seulement les liquides ingurgités, mais encore des matières bilieuses. La face se grippe de plus en plus, la déglutition devient impossible ; enfin la petite malade finit par succomber le 26 mars à midi, soit vingt-six heures après l'opération.

Pendant tout ce temps les matières ne cessèrent d'être expulsées avec abondance par l'anus artificiel.

Je fis l'autopsie le même jour, à cinq heures du soir.

Les intestins sont considérablement distendus, leur face externe d'une coloration brunâtre en général ; vascularisation considérable,

sérosité médiocrement abondante. Tout le gros intestin est rempli de matières fécales verdâtres. Tout le méconium paraît avoir été expulsé. La vessie est énormément distendue par l'urine.

L'anus artificiel portait tout à fait sur la partie inférieure du côlon descendant, par conséquent à l'endroit le plus favorable à l'accomplissement normal des fonctions digestives. Le pourtour de la plaie intestinale, dans une étendue de 6 millimètres environ, est tapissé d'une fausse membrane déjà de quelque épaisseur, allant en s'amincissant sur ses bords.

Avant d'enlever la pièce anatomique, je tentai de nouveau, sans toucher aux intestins, l'introduction d'un stylet mousse d'abord, d'une sonde de femme en argent ensuite : je n'y pus parvenir.

Je fis alors redresser les circonvolutions intestinales par un aide, et, à ma grande surprise, j'introduisis avec une grande facilité la sonde d'argent jusque dans le côlon descendant.

J'enlevai alors avec précaution l'intestin au-dessus de l'anus artificiel, puis au-dessus de l'anus, et j'ai l'honneur de présenter cette pièce à la Société.

Il n'y avait pas à proprement parler d'imperforation du rectum, mais bien un rétrécissement de tout le calibre de cet intestin, et dans toute sa longueur. Au-dessus du rétrécissement le côlon est distendu comme un estomac dans lequel les matières se seraient accumulées.

Au niveau de la séparation du rectum avec le côlon descendant existait une valvule qui, pendant la vie, rendait la partie supérieure de l'intestin imperméable au stylet. Du reste le doigt ne pouvait atteindre jusqu'à cet endroit. Tous les efforts tentés par moi d'abord, et par M. Huguier ensuite, ont été infructueux : nous n'avons pu sentir la plus petite fluctuation pendant les cris ou les efforts de l'enfant. Il est probable que les replis que formait le rectum empêchaient le doigt d'arriver jusqu'à l'endroit où se trouvaient accumulées les matières stercorales.

Ce qui paraît le plus important à noter dans cette observation, c'est la possibilité d'atteindre la partie inférieure de l'intestin en pratiquant l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre, audessus du pli inguinal du côté droit.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. Avant que l'on examine la pièce anatomique, je tiens à établir ce que j'ai dit relativement à ce cas. Voici mes expressions : « Mon doigt a senti un cordon vers la partie droite, puis une dilatation. » L'on pourra constater ainsi d'une manière rigoureuse si je me suis trompé.

M. BROCA. L'examen de la pièce anatomique montre que le stylet introduit dans l'anus pénètre jusqu'à 5 ou 6 centimètres jusque dans le rectum, et à cette hauteur l'on trouve un disque membraneux peu épais à la jonction de l'S iliaque avec le rectum. M. Chairou dit dans son observation qu'il y avait une déviation du rectum, ce qui expliquerait pourquoi sur le vivant il n'a pu faire pénétrer le stylet qu'à 1 centimètre au-dessus de l'anus.

La situation de l'ouverture pratiquée à l'intestin par M. Huguier n'est pas très-éloignée du point oblitéré, et il faut reconnaître que c'est là un beau cas en faveur de sa méthode.

M. Chairou ayant cru que l'obstacle était à 1 centimètre au-dessus de l'anus et ayant pu franchir cet obstacle, a pensé qu'il s'agissait d'un rétrécissement de la partie inférieure du rectum, tandis qu'il y avait en réalité une oblitération un peu plus haut.

LECTURE.

M. le docteur BERRUT lit la note suivante :

Absence d'anus. — Fistule recto-vulvaire chez une petite fille âgée de quatre jours. — Opération. — Guérison. — Je fus appelé à Marseille par deux de mes confrères, le 11 mai 1860, auprès d'une enfant née le 7 mai avec une absence complète d'anus au périnée. Le rectum se terminait par une ouverture fistuleuse étroite à la partie inférieure de la vulve, au-devant de l'hymen.

Le méconium avait pu sortir par cette ouverture, et les selles, quoique exigeant beaucoup d'efforts, étaient possibles et facilitées par des injections d'eau tiède.

L'opération fut pratiquée le 14 mai.

J'introduisis une sonde cannelée dans la fistule, et je pus sentir son extrémité au périnée. Je pratiquai sur la ligne médiane une incision de 1 centimètre et demi, se terminant en arrière au-devant du coccyx, au point où s'arrête normalement l'anus. Sur la partie antérieure de cette incision, j'en fis une seconde transversale.

Je pus reconnaître alors que je me trouvais sur le rectum incurvé en haut et en avant.

A quelques millimètres de la fistule, j'incisai transversalement l'intestin dans les quatre cinquièmes de sa circonférence, et je l'amenai au contact de la surface de section de la peau, avec laquelle je le fixai par cinq points de suture.

Cette manœuvre avait été longue; l'enfant fut prise de convulsions tellement violentes que je la vis sur le point d'expirer. Je remis à plus tard la fin de l'opération.

La réunion du rectum avec la peau se fit dans toute l'étendue de la coaptation et sans accidents.

J'enlevai les points de suture le sixième et le septième jour. L'écoulement de matières était fréquent : le moindre attouchement sur la muqueuse rectale, un peu saillante à l'extérieur, le déterminait, et dans l'expulsion une partie des matières liquides venait sortir par l'ouverture de la fistule à la vulve.

Quatre mois plus tard, le 20 septembre, l'enfant se trouvant dans de bonnes conditions de santé, je terminai l'opération par la section transversale de la partie du canal rectal que j'avais laissée adhérer à l'ouverture fistuleuse. Je me bornai à la section sans mettre de points de suture. Et j'incisai ce qui restait du trajet fistuleux, c'est-à-dire l'espace compris entre la portion sectionnée du rectum et l'orifice fistuleux vulvaire.

La cicatrisation se fit bien.

Mais au bout d'un mois commença une atrésie de l'anus telle que les matières ne sortaient plus qu'à travers une filière, exactement comme elles sortaient dans les premiers jours à travers l'ouverture fistuleuse.

J'essayai alors l'introduction de mèches volumineuses dans l'anus. Elles ne purent être supportées, l'enfant faisant immédiatement des efforts qui amenaient leur expulsion, et, quand elles n'étaient pas expulsées, force était bien de les enlever pour arrêter les efforts, qui amenaient un état congestif de la face inquiétant.

J'employai alors des baguettes de bois bien polies, que je commençai par introduire moi-même deux fois par jour pendant une minute, et que le père de l'enfant introduisit plus tard trois fois par jour, en augmentant graduellement leur calibre et la durée du temps de leur application.

Cette pratique a vaincu complétement l'atrésie au bout de quatre mois environ, et les selles sont devenues régulières et faciles. Les matières sont retenues par la contraction de l'anus et ne s'échappent pas en dehors des phénomènes de l'effort.

La dernière fois que j'ai vu la petite malade, il y a six mois, tout allait bien. Seulement le périnée continuait à être muqueux.

J'ai eu des nouvelles il y a un mois à peine; les fonctions de cette enfant, aujourd'hui âgée de près de deux ans, s'exécutaient dans toute leur régularité, et elle était en parfait état de santé.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. HUGUIER. Je n'ai pas dit d'une manière absolue que la palpation et la percussion étaient inutiles pour le diagnostic des oblitéra-

tions intestinales. J'ai voulu dire simplement qu'il est des cas où elles ne servent à rien, et j'en ai fait voir un exemple.

Relativement à ce fait qui vient de nous être présenté par M. Chairou, je ne pensais pas qu'il viendrait si vite donner raison à ma méthode.

M. TRÉLAT. A la suite de ma communication, M. Depaul m'a fait diverses objections auxquelles je vais répondre. Je n'insisterai pas sur les chiffres. M. Lobligeois cite 60 cas d'imperforation, et il a trouvé qu'il y en avait 52 qui étaient à la fin de l'intestin. J'ai pu recueillir moi-même 15 faits d'oblitération intestinale.

Sur quelques autres points, je crois que je n'ai pas été compris de M. Depaul. J'ai établi qu'il y avait au-dessus du rectum, perméable dans une certaine étendue, des cloisons, de simples valvules qui pouvaient en produire l'oblitération. Or, c'est là un fait qui n'est pas connu de tout le monde.

Relativement au trocart et au bistouri employés comme moyens d'opération, je persiste dans ma première opinion. Je reconnais volontiers que dans quelques cas le trocart explorateur est bon, mais ce sont des cas tout à fait exceptionnels. Quant à la pratique de M. Paul Dubois, qui a enfoncé un trocart hardiment à travers le périnée, je la regarde comme mauvaise, comme très-dangereuse. S'il a réussi, c'est un hasard, puisque sans diagnostic, sans examen préalable, on a pratiqué une ouverture dans un point où le rectum pouvait ne pas exister.

Quand, par une tentative semblable, on a été assez heureux pour faire sortir du méconium par le périnée, est-on encore bien avancé? Combien d'enfants ont guéri après cette opération? On serait peut-être embarrassé de citer un cas bien avéré de guérison.

Il faut donc abandonner cette pratique dangereuse, surtout quand on a à sa disposition un procédé méthodique qui consiste à aller couche par couche à la recherche du bout intestinal en traversant la région périnéale.

Quant à la palpation, à la percussion et à l'auscultation, je pense qu'elles ne peuvent éclairer le diagnostic quand il s'agit des oblitérations rectales. Mais je préconise ces moyens, s'il s'agit d'une oblitération siégeant dans le côlon ou bien dans l'intestin grêle.

M. Depaul a dit que les enfants imperforés ne vomissent pas de méconium, et par conséquent il regarde ce signe comme mauvais. Je n'ai pas dit qu'il fût bon, je l'ai regardé comme douteux, mais je suis prêt à soutenir qu'il peut devenir un signe d'une certitude assez grande. Ainsi, dans une observation de M. Thore, je vois un enfant qui rend un liquide jaune clair, il n'y a pas de vomissements verts plus ou moins semblables au méconium délayé. Avec cela je constate par le palper et par la percussion que l'intestin est très-distendu,

que le rectum est perméable ; je diagnostique avec certitude qu'il s'agit d'une oblitération de l'intestin grêle.

Voici un autre cas : un enfant a des vomissements d'abord muqueux, filants, incolores, puis jaunâtres, puis verdâtres, de plus en plus semblables, en un mot, au méconium ; il est évident pour moi que l'oblitération siége plus bas que dans le cas précédent. Il y a là des nuances qu'il faut savoir interpréter, et qui peuvent éclairer beaucoup le diagnostic.

Dans ma communication je n'ai pas parlé des modifications du ventre, parce que je ne voulais pas traiter le sujet *in extenso*. Je ne devais pas le faire, puisque cette question est déjà traitée dans nos *Bulletins*. Mais je suis prêt à reconnaître que c'est là un signe précieux pour le diagnostic.

M. CHASSAIGNAC. Y a-t-il des succès durables bien constatés dus à la méthode de Callisen ?

M. TRÉLAT. Je n'en connais point.

M. CHASSAIGNAC. J'adresse cette question, parce que cette opération m'a toujours paru un tour de force anatomique plutôt qu'une manœuvre consacrée par la clinique et la pratique.

Elle n'a jamais réussi. Les faits dans lesquels on l'a employée sont très-rares. Je sais qu'Amussat l'a préconisée en la modifiant un peu ; il a peut-être obtenu un succès. Mais je soutiens que la méthode de Littre est bien supérieure pour ses résultats. Je repousse donc la méthode de Callisen.

La question débattue entre MM. Depaul et Trélat, à savoir : s'il y a des vomissements de méconium, me paraît facile à juger d'une manière très-catégorique.

Il y a dans les écrits et les idées de certains chirurgiens une erreur très-grande à ce sujet. Pour ma part, je n'ai jamais vu de vomissements de matières fécales. J'ai bien vu quelque chose qui en avait l'apparence, mais c'étaient, si l'on veut, des matières fécaloïdes. Il n'y a jamais retour des matières qui ont franchi la valvule iléo-cœcale. Comment expliquer cette erreur partagée par des chirurgiens très-recommandables ? Quand il y a étranglement interne, les vomissements sont d'abord acides, puis fades, puis bilieux, et puis, plus tard, ces vomissements d'abord inodores sont d'une odeur semblable à celle des matières fécales. Est-ce à dire pour cela qu'ils soient constitués par des matières fécales ? Non. Il s'est fait simplement une sorte d'imbibition ; les matières fécales au-dessous de l'étranglement ont pour ainsi dire imbibé celles qui sont au-dessus. Les matières fécales sont toujours dans le gros intestin, et elles ne peuvent refluer.

M. GIRALDÈS. J'ai demandé la parole à regret pour ainsi dire. Mais je veux m'élever encore contre le précepte posé par M. Huguier.

Je ne conteste pas que dans quelques cas on ne tombe heureusement sur l'intestin quand on opère à droite ; mais de ce fait aller jusqu'à conclure qu'il faut toujours pratiquer l'incision à droite, je crois qu'il y a exagération. M. Huguier avait dit d'abord que la disposition qu'il signale se maintenait jusqu'à l'âge de deux ans. Je conteste cette proposition en me basant sur mes propres recherches et sur celles de Curling. Je m'élève avec d'autant plus d'énergie contre la méthode de M. Huguier, qu'un jeune chirurgien qui serait tenté de l'imiter s'exposerait à rencontrer de grandes difficultés.

M. DEPAUL. Je suis heureux d'avoir la pensée de MM. Huguier et Trélat sur la valeur qu'ils accordent à certains signes pour le diagnostic des oblitérations intestinales.

M. Trélat vient de lancer un anathème contre le trocart. Il nous avertit lui-même qu'il ne l'a jamais employé ; son objection est toute théorique, et cependant le résultat a été favorable dans les cas que j'ai cités. M. Trélat répond à cela que ce résultat n'a pas été durable. Mais l'opération de Littre elle-même a-t-elle beaucoup de résultats qui aient duré? Je persiste à croire que le trocart peut rendre des services dans quelques cas. Ainsi voilà un enfant dont le périnée fait saillie, vous portez votre diagnostic, il s'agit bien d'un anus imperforé. Vous introduisez alors votre doigt dans le vagin, s'il s'agit d'une fille, vous plongez votre trocart dans le périnée. Vous avez réussi à donner issue au méconium, vous avez très-bien agi. Mais il est évident que si vous vous arrêtez là, vous n'aurez pas remédié à tous les accidents. Il faut compléter votre opération, en pratiquant une ouverture convenable et durable. Je termine en disant avec M. Chassaignac qu'il n'y a de vomissements ni de matières fécales ni de méconium.

M. BAUCHET. Je veux appeler l'attention sur une observation qui a été publiée par M. Labbé. Il s'agit d'une femme qui prit un lavement de café ; quelque temps après, cette femme rendait par les vomissements le café qu'elle avait pris en lavement.

M. HUGUIER. La Société doit être fatiguée des arguments invoqués contre ma méthode. Je possède des dessins que je soumettrai à la Société. L'on verra que la tumeur était à droite. M. Giraldès me fait dire que j'ai assigné jusqu'à deux ans l'époque à laquelle on rencontre cette disposition anatomique. J'ai dit qu'elle se rencontrait chez les nouveau-nés, et que dans quelques cas on l'avait vue jusqu'à deux ans. J'ai étudié tous ces faits en faisant mes recherches

sur le développement des organes génitaux. Tout le monde peut vérifier l'exactitude de ce que j'ai avancé.

M. VERNEUIL. J'ai étudié aussi ce fait anatomique en me plaçant autant que possible dans les conditions d'une imperforation, et pour cela j'ai distendu l'intestin au-dessus d'un point que j'oblitérais. Or, d'après ces recherches, M. Huguier a raison. Toutes les fois que l'S iliaque est distendue, elle vient se loger à droite. Il faut conserver cette donnée, et je pense qu'on a plus de chances de découvrir l'S iliaque en faisant l'incision à droite.

Quant à l'emploi du trocart, je le trouve mauvais. Si le diagnostic est facile, le trocart ne sert à rien ; si l'on ignore la situation et les rapports du rectum, le trocart peut être très-dangereux. J'ai cité des cas dans lesquels on a perforé l'intestin, le péritoine, le vagin, la vessie. Il y a quatre ou cinq ans, dans une discussion, j'ai combattu l'usage du trocart. J'ai établi alors qu'il faut aller méthodiquement à la recherche du bout intestinal par la région périnéale ; que si on ne le découvre pas, il faut laisser cette incision, et procéder immédiatement à l'incision suivant la méthode de Littre. Dans le cas où le rectum serait situé trop haut, j'ai établi aussi qu'il serait bon de chercher à l'atteindre en faisant l'excision du coccyx.

M. TRELAT. Nous sommes d'accord avec M. Depaul sur tous les points, excepté sur celui que vient de soulever M. Verneuil. Je rejette le trocart à cause de ses dangers, même en présence des faits heureux que l'on nous cite.

M. DEPAUL. Je maintiens que le trocart offre quelques applications heureuses, et dans le cas de M. Chairou il aurait pu réussir. La méthode des incisions et des recherches est loin d'être inoffensive ; elle est tellement grave que les enfants meurent tous.

M. Huguier me paraît attacher trop d'importance à l'incision à droite ; je préfère l'incision à gauche. Ainsi, dans le cas de M. Huguier, si l'incision avait été à gauche, on aurait été plus près du cul-de-sac intestinal. M. Verneuil va jusqu'à proposer l'excision du coccyx ; or je crois que cette excision est bien plus grave qu'une ponction avec le trocart.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC. Je veux présenter à la Société deux malades qui m'ont offert quelques points importants.

Le premier malade est un homme âgé d'environ quarante-cinq ans, bien constitué, qui a ceci de remarquable qu'il s'est fracturé ses deux rotules à des époques différentes, et qu'il a subi deux traitements dont on peut aujourd'hui apprécier la valeur comparative.

Il y a plusieurs années qu'il s'est brisé la rotule droite, et après le traitement il a conservé un écartement considérable des fragments, qui est d'environ 3 centimètres. Il faut ajouter cependant qu'avec cet écartement, cet homme n'a pas éprouvé un trouble notable dans l'usage de son membre.

Il y a quelque temps que ce malade a été atteint d'une fracture de la rotule gauche; la réunion s'est faite avec si peu d'écartement, qu'on dirait qu'il n'y a pas de substance intermédiaire entre les fragments.

DISCUSSION.

M. BOINET. Les deux fragments de la rotule gauche sont unis par des liens fibreux et non par un cal osseux. Il existe une petite mobilité entre les deux fragments, et cependant la rotule n'est pas mobile sur les condyles fémoraux, de sorte que sous ce rapport il n'y a pas cette mobilité obtenue par la méthode de M. Morel-Lavallée. En somme, c'est un résultat satisfaisant.

M. CHASSAIGNAC. Je reconnais que la réunion est faite par un tissu fibreux; je n'ai pas dit qu'il eût une substance osseuse. Très-souvent on croit à une réunion par un cal osseux, et si l'on fend l'os, on trouve que c'est du tissu fibreux qui maintient les fragments.

M. LE PRESIDENT. Je désirerais que M. Chassaignac indiquât d'une manière précise quel était le degré d'écartement avant l'intervention du chirurgien.

M. CHASSAIGNAC. Cet écartement était de 2 centimètres, et par le traitement je suis parvenu à le rendre presque nul. Ce résultat est bien différent de celui obtenu par une méthode que l'on a beaucoup vantée, et qui est loin d'avoir réussi sur la rotule droite de ce même malade.

— **M. CHASSAIGNAC.** Le deuxième malade que je veux montrer est une jeune dame qui avait un enchondrome type dans la bouche, sur le maxillaire inférieur, près de la ligne médiane. Je l'ai opérée une première fois, et elle est restée guérie pendant treize mois; j'ai pratiqué une seconde opération, puis une troisième. Avant de l'opérer une quatrième fois, je la soumets à l'examen de la Société pour connaître son avis, et j'aurai soin d'en dire le résultat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA. Je désire présenter la moelle épinière d'un homme qui est mort de tétanos dans mon service, et qui a succombé malgré l'administration du curare. La moelle est altérée, ramollie, injectée dans

la région cervicale. Le ramollissement est surtout prononcé sur les cordons postérieurs de la moelle, dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, et particulièrement au niveau du renflement cervico-brachial.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 16 avril 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Adolphe Dumas, médecin adjoint de l'hôpital de Cette, adresse une nouvelle observation de hernie inguinale étranglée, guérie et traitée par la réfrigération. (Commissaires, MM. Gosselin, Huguier.)

— M. le président annonce à la Société que M. le docteur Prestat (de Pontoise), membre correspondant de la Société, est présent à la séance.

— La Société nomme la commission pour l'examen des titres des candidats à la place vacante dans le sein de la Société. (Commissaires, MM. Cullerier, Giraldès, Legouest.)

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. Cullerier. La Société doit se rappeler qu'elle a reçu de la part de M. Champenois un mémoire fort bien fait sur l'ulcère de Saïgon ou de Cochinchine. Comme le mémoire de M. Rochard (de Brest) a déjà été imprimé, il me semble que la justice voudrait que le mémoire de M. Champenois, connu de vous depuis plus longtemps que celui de M. Rochard, fût imprimé dans nos *Bulletins* à côté de celui de M. Rochard. Je viens donc, en qualité de rapporteur de la commission nommée pour rendre compte de ce mémoire très-important, vous proposer d'en voter l'impression dans vos *Bulletins*.

M. Larrey. J'appuie d'autant plus volontiers la proposition faite par M. Cullerier, que je connais toute la valeur de ce mémoire, et que j'ai eu l'honneur de l'offrir à la Société moi-même au nom de son auteur.

M. le président met aux voix la proposition de M. Cullerier, qui est adoptée à l'unanimité.

— M. GUERSANT. Dans la discussion qui s'est élevée au sujet de l'emploi du trocart dans les anus imperforés, il s'est produit des opinions que je crois trop exclusives. Quant à moi, je ne suis pas partisan outre mesure du trocart, mais je professe qu'il peut rendre de grands services dans certains cas bien déterminés. J'ai opéré ainsi plus de trente cas d'imperforation. J'ai établi des règles pour éviter de blesser la vessie, l'utérus et les organes pelviens.

Voici du reste la description succincte de mon procédé et des instruments que j'emploie avec succès dans ces circonstances.

Après avoir cherché à reconnaître si le cul-de-sac du rectum fait plus ou moins de saillie au périnée, je procède de la manière suivante :

Chez le petit garçon, je commence par vider la vessie, et je laisse même la sonde, qui me permet, par un mouvement de bascule, d'éloigner la vessie du rectum.

Chez la petite fille, je vide également la vessie d'abord, puis je porte l'extrémité de la sonde à petite courbure dans le vagin, et je me sers de cette sonde ainsi placée pour éloigner le vagin et l'utérus de la face antérieure du rectum, en les portant vers la symphyse pubienne.

Après ces soins préliminaires, je commence l'opération à l'aide d'un petit trocart courbe cannelé dont la courbure s'adapte parfaitement à celle du sacrum. Je fais la ponction avec cet instrument au-devant du coccyx, en suivant la courbure sacro-coccygienne.

La canule est laissée en place; lorsqu'on pense être arrivé dans l'intestin, le trocart est retiré; et lorsqu'on voit le méconium sortir par la canule, une tige à vis est adaptée à l'extrémité de cette canule, offrant à son extrémité libre un pas de vis. Les deux parties, tige et canule, étant agencées, on a un conducteur qui peut servir au débridement, et qui permet, comme un mandrin, de conduire une canule en gomme élastique jusque dans le rectum.

On peut même à l'aide de ce procédé, après avoir retiré la canule, passer un instrument que M. Bonafont et moi employons depuis longtemps pour étaler le prépuce dans l'opération du phimosis, pour saisir l'extrémité intestinale et exercer sur elle des tractions dans le but de l'abaisser, de l'attirer au dehors et de le fixer à la peau après une dissection méthodique.

Quant au débridement, ou plutôt à l'agrandissement de l'orifice produit par le trocart, il doit être pratiqué de la manière suivante :

La petite canule introduite par le trocart offre sur sa concavité une rainure qui va servir à ce débridement, en la tournant à droite, à gauche et en arrière, et en guidant la pointe du bistouri.

Le complément de cette opération consiste à avoir une petite seringue s'adaptant à la canule, qui servira à injecter du liquide pour délayer le méconium trop épais.

M. LE PRESIDENT. M. Guersant a-t-il fait souvent cette opération?

M. GUERSANT. Oui, et avec succès. Quand on a ainsi fait la ponction, on peut plus facilement disséquer le rectum et le descendre pour l'adapter à la peau par la suture et combattre le resserrement. J'ai suivi jusqu'à l'âge de deux ans des enfants que j'avais opérés par ce procédé. Du reste, après l'opération, on peut maintenir l'ouverture dans un état de dilatation convenable, en introduisant chaque jour le petit doigt dans l'anus; on peut habituer les nourrices à pratiquer elles-mêmes cette petite manœuvre, qui est très-efficace.

COMMUNICATION.

M. BROCA. A la fin de la dernière séance, j'ai mis sous les yeux des membres de la Société la moelle épinière d'un homme qui a succombé dans mon service à la suite du tétanos, et qui avait été traité sans succès par le curare. Je viens aujourd'hui vous donner l'histoire complète de ce malade.

Contusions de la jambe et de la cuisse. Oblitération de la poplitée. Gangrène de la jambe. Tétanos traité par les injections de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mort. Autopsie.

M..., quarante-trois ans, a été renversé le 9 mars 1862 par une voiture dont la roue lui a passé sur la cuisse gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse. Il en résulte de vioentes contusions et un vaste épanchement sanguin au niveau du canal de Hunter. La roue a froissé aussi la jambe, qui a été en même temps froissée par la civière de la voiture.

Ces diverses lésions sont suivies d'une gangrène du pied et de la partie inférieure de la jambe, et cette gangrène remonte progressivement vers la racine du membre. Bientôt il y a formation d'un abcès sanguin à la cuisse, au point contus. Cet abcès est ouvert par un médecin.

Le blessé est porté à l'hôpital de Bicêtre le 24 mars 1862.

Le 25, la gangrène, assez nettement limitée, remonte jusqu'à environ 12 centimètres au-dessous du genou. La fémorale ne bat plus au-dessous de l'origine de la fémorale profonde.

L'amputation de la jambe au lieu d'élection était possible, mais on devait craindre que le lambeau se sphacélât ; d'ailleurs il n'était pas sûr que la gangrène eût cessé de marcher.

L'amputation de la cuisse eût porté au niveau de l'abcès sanguin,

qui était encore en pleine suppuration. On se décida à attendre. (Incisions profondes dans le membre gangrené, et introduction de charpie imbibée de coaltar saponiné dans les incisions.)

Le 26, la gangrène a remonté d'environ deux centimètres. Il y a des gaz infiltrés dans les tissus adjacents. Amputation *dans le mort*, immédiatement au-dessous de la limite de la gangrène. Aucune douleur, mais le canal médullaire du tibia donne quelques gouttes de sang. — Coaltar saponiné sur le moignon.

Le lendemain et le surlendemain la gangrène remonte encore d'un centimètre et demi, puis elle s'arrête. L'état général devient très-bon. Les eschares se détachent. La suppuration de la cuisse diminue et tarit presque entièrement. Les chairs du moignon commencent à bourgeonner. On espère qu'on pourra se borner à retrancher plus tard la partie saillante du tibia, et que le malade conservera le genou.

Le 1er avril, il n'y a plus de fièvre. On sent sur le condyle interne battre une collatérale qui paraît être la grande anastomotique.

M. Broca, d'après cela, pense que l'artère fémorale est oblitérée au niveau de l'anneau du troisième adducteur, immédiatement au-dessous de la naissance de la grande anastomotique.

Le 3, roideur de la mâchoire ; douleur dans la région temporale. 98 pulsations. — 15 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 4, trismus complet, 104 pulsations. (20 centigrammes d'opium.) Somnolence dans la journée, alternant avec des secousses convulsives dans la mâchoire et dans le cou.

Le soir, potion avec 40 centigrammes de curare de M. Pelouze.

Le 5, opisthotonos avec pleurosthotonos à droite. Dysphagie ; convulsions de temps en temps.

Injection de curare dans le tissu cellulaire sous-cutané (curare de M. Cl. Bernard, très-bon, et essayé d'ailleurs à l'hôpital sur un chat, qui est mort en deux minutes).

On fait l'injection avec une solution d'une partie de curare pour dix parties d'eau.

A dix heures, injection de 15 gouttes de la seringue de Pravaz.

A midi, 15 gouttes.

A deux heures, à trois heures et demie, à cinq heures et demie, à sept heures trois quarts, même dose chaque fois.

A dix heures et demie du soir, 20 gouttes.

A minuit et demi, 30 gouttes.

A deux heures un quart, 30 gouttes : ç'a été la dernière injection, le malade est mort à trois heures et demie du matin.

Le résultat de ces neuf injections a été absolument nul. Il n'y a

pas même eu le moindre effet passager. Le tétanos a fait des progrès continus. A partir de midi la déglutition était devenue impossible, et le soir la respiration commença à s'embarrasser. A 1 heure 50 du matin, il y eut un accès violent de suffocation ; le pouls s'arrêta : mort apparente pendant plus d'une minute. Les internes pratiquent la respiration artificielle ; le malade fait enfin une inspiration, et revient à la vie avec toute son intelligence.

A deux heures un quart, crise semblable pendant laquelle on injecte 30 gouttes de la solution de curare. On pratique en même temps la respiration artificielle.

A trois heures, nouvelle crise plus forte, avec convulsions épileptiformes.

A trois heures et demie, dernière crise plus violente encore. Cessation du pouls et de la respiration : respiration artificielle pendant plusieurs minutes. Le malade ne revient pas.

On ne saurait trop louer le zèle intelligent des internes de Bicêtre, et spécialement de M. Legros, interne du rang.

Autopsie. — Le cerveau paraît sain. La moelle épinière et la queue de cheval sont dans toute leur étendue le siége d'une injection et d'une congestion très-considérable, surtout au niveau du renflement lombaire de la moelle.

Au niveau du renflement brachial, les faisceaux postérieurs de la moelle sont le siége d'un ramollissement très-prononcé, qui occupe une étendue d'environ 3 centimètres. Le tibia est nécrosé jusqu'à l'anneau de la diaphyse avec l'épiphyse supérieure ; la ligne de démarcation entre le mort et le vif est très-nette.

La veine poplitée est oblitérée par un caillot volumineux, ainsi que la fémorale dans presque toute son étendue ; celle-ci ne devient perméable qu'à partir de l'embouchure de la saphène interne.

L'artère poplitée est oblitérée dans toute sa largeur ; lo caillot obturateur remonte jusqu'à l'extrémité inférieure du canal de Hunter ; il ne se prolonge pas dans ce canal, comme M. Broca l'avait supposé pendant la vie ; une toute petite collatérale naît de la fémorale dans le canal même ; la grande anastomotique dilatée naît à 3 centimètres plus haut. On voit en outre sept ou huit artères, dont l'une est aussi grosse que la grande anastomotique, naître de la fémorale entre l'origine de la profonde et le niveau de la grande anastomotique.

Les parois de l'artère fémorale sont d'ailleurs parfaitement saines.

M. Broca fait remarquer deux choses :

1° L'oblitération de la veine fémorale, plus étendue même que celle de l'artère. Il n'est pas démontré que l'oblitération veineuse toute seule soit une cause suffisante de gangrène. Mais il est certain que

cette oblitération favorise beaucoup la gangrène lorsque le tronc artériel est oblitéré en même temps.

2° La Société avait mis à l'ordre du jour, il y a quelque temps, une question qu'elle n'a pas eu jusqu'ici le temps de discuter, savoir : le parallèle du procédé de Hunter et du procédé de Scarpa dans le traitement de l'anévrysme poplité. M. Broca, d'après les statistiques qu'il a consignées dans son *Traité des anévrysmes*, pense que le procédé de Hunter expose beaucoup moins à la gangrène que celui de Scarpa. M. Richet lui a objecté que les artères qui naissent entre le sommet du triangle inguinal et l'anneau du troisième adducteur sont à peu près insignifiantes ; il est certain qu'à l'état normal elles sont très-petites ; mais elles se dilatent promptement, et l'artère que M. Broca met sous les yeux de ses collègues prouve que ces voies collatérales fourniront une ressource très-importante dont on est privé lorsqu'on applique le procédé de Scarpa au traitement de l'anévrysme poplité.

DISCUSSION.

M. RICHET. La communication de M. Broca soulève plusieurs questions d'un grand intérêt. Je n'aborderai pas aujourd'hui la question de la circulation artérielle dans le membre inférieur après la ligature pratiquée dans le canal de Hunter ou au sommet du triangle de Scarpa.

J'ai apporté une artère dans laquelle il n'y a pas de collatérale, et je soumettrai cette pièce à l'examen de la Société.

Les faits de gangrène à la suite de contusion des artères sont assez rares. Cependant je puis en citer un exemple que j'ai observé il y a peu de temps à l'hôpital Saint-Louis.

Un homme très-fort, très-bien constitué, fut renversé par une voiture très-chargée dont la roue lui passa sur la cuisse. Cet homme, quoique âgé seulement de cinquante-deux ans, présentait une circonstance que M. Broca n'a pas discutée, à savoir : qu'il avait une ossification des artères. Quoi qu'il en soit, douze jours après l'accident il se montra de la gangrène au-dessus du genou. La fémorale ne battait plus que jusqu'au sommet du triangle de Scarpa; dans tout le reste du membre, on ne sentait plus guère qu'une sorte de déplacement en masse de l'artère; c'était, si l'on veut, une transmission du choc.

Comme ce malade était dans le service de M. Denonvilliers, mon collègue à l'hôpital Saint-Louis, je ne crus devoir prendre une détermination que lors de son retour, quoique cependant le cas fût très-sérieux.

Quelques jours après, en effet, M. Denonvilliers ayant repris son service, nous eûmes ensemble une consultation dans laquelle l'amputation fut discutée, mais rejetée à cause de la faiblesse profonde dans laquelle le malade était tombé. Il survint bientôt après des abcès sanguins vers la partie moyenne de la cuisse, et le malade mourut d'épuisement.

A l'autopsie, nous trouvâmes que la fémorale était oblitérée jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; elle avait des plaques athéromateuses et calcaires. Il n'y avait pas d'oblitération dans les veines, ce qui établissait une différence entre ce malade et celui de M. Broca.

AUTRE COMMUNICATION.

M. PRESTAT. J'ai donné des soins tout récemment à un jeune homme qui m'a présenté un fait curieux au point de vue du diagnostic.

Ce jeune homme vint à l'hôpital de Pontoise se faire soigner pour une plaie occupant le cuir chevelu. Cette plaie lui avait été faite dans une rixe à laquelle il avait été mêlé en sortant d'un théâtre, où il était claqueur. Comme cette plaie ne guérissait point, il vint à l'hôpital. J'observai alors une solution de continuité en suppuration. Quelques jours après son entrée, il y eut une hémorrhagie, et je fus obligé d'employer le perchlorure de fer pour l'arrêter.

Je fus fort étonné alors de voir que le liquide qui sortait de la plaie était noir comme de l'encre. Comme l'os était à nu dans une certaine étendue, je pensai que cette suppuration prenait cette couleur à cause de l'os. Les choses étaient dans cet état depuis quelques jours, lorsqu'en examinant la plaie je sentis un corps étranger, que je pris au premier abord pour un séquestre, mais que je reconnus bientôt être un corps venu du dehors.

Je procédai immédiatement à son extraction avec des pinces, et j'amenai au dehors une lame de couteau, que je vous présente.

Cette lame est longue de 5 à 6 centimètres et large de 3 centimètres environ, un peu courbe.

Dès lors tout s'expliquait, et la présence d'un corps étranger, et la difficulté de la guérison, et l'issue d'un liquide noir après l'application du perchlorure de fer.

Quelques jours après l'extraction, la plaie guérit très-bien sans nécrose.

M. HUGUIER. Le malade a-t-il avoué qu'il avait reçu un coup de couteau?

M. PRESTAT. Non. Malgré l'extraction et en présence de la pièce de conviction, il a nié avoir reçu ce coup.

RAPPORT.

M. CHASSAIGNAC. La Société m'a chargé de faire un rapport verbal sur une scie à chaîne présentée par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. Depuis cette époque, j'ai cherché à apprécier les avantages et les inconvénients de cet instrument. Je viens vous dire aujourd'hui que je lui reconnais des avantages très-grands. Cette scie à chaîne diffère des autres en ce qu'elle offre ses deux extrémités articulées avec un arbre à manche. Il résulte de cette seule disposition que les divers chaînons restent toujours dans le même plan, de sorte que l'inconvénient de la scie à chaîne ordinaire, qui consistait dans l'impossibilité de la faire marcher lorsque les chaînons ne se suivaient plus parfaitement, a complétement disparu. J'attribue encore à cet instrument l'avantage de pouvoir permettre de scier des os à une profondeur plus ou moins grande, au moyen d'un changement qui consiste à articuler la chaîne sur l'arbre de manière à lui faire décrire une anse plus ou moins grande. En somme, je pense que cet instrument restera dans la pratique des opérations.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. Je crois qu'avec l'instrument nouveau que nous présente M. Chassaignac on ne peut pas couper des os à une grande profondeur, parce que l'anse décrite par la chaîne est trop grande.

M. RICHARD. Je prierai M. Huguier de vouloir bien remarquer que le dos de la chaîne qui est en contact avec les chairs ne peut les couper, parce qu'il est mousse. Pour ma part, je pense que cet instrument est très-commode.

M. BAUCHET. Je suis de l'avis de M. Richard. Je reconnais à cet instrument l'avantage précieux de laisser une main libre, qui sert à écarter les tissus et à les protéger au besoin, tandis qu'avec la scie ordinaire on a besoin d'aides qui écartent les chairs ; avec celle-ci, vous pouvez opérer seul.

M. TRELAT. Je crois que cette modification est utile, et je profiterai de cette circonstance pour faire remarquer qu'autrefois l'arsenal chirurgical était encombré d'instruments très-compliqués, très-coûteux, et qu'aujourd'hui de plus en plus les chirurgiens préfèrent les instruments simples. La scie à chaîne elle-même tend à être remplacée dans une foule d'opérations par la scie droite. Ainsi on peut faire, sans la scie à chaîne, des opérations telles que la résection du coude et l'amputation partielle de la mâchoire inférieure.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas prétendu que cet instrument fût sans défaut. Ainsi, je reconnais volontiers qu'il est inférieur à la scie

à chaîne, en ce sens que les deux extrémités de l'anse ne peuvent pas se rapprocher autant.

Je ne pense pas qu'il faille proscrire la scie de Heine, parce qu'elle peut encore offrir des applications. Ainsi, lorsqu'il y a une lésion du calcanéum qui exige son excision, vous disséquez les lambeaux ; mais à cause de leur épaississement, de leur dureté, vous ne pouvez les rabattre, et sans la scie à molettes vous n'arriveriez jamais à pratiquer cette excision.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. RICHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce relative au cas d'oblitération artérielle dont j'ai parlé au commencement de la séance.

Gangrène de la jambe, suite d'oblitération de l'artère crurale, par embolie.

Je soumets à la Société l'artère crurale droite d'une femme morte dan mon service à l'hôpital Saint-Louis, avec une gangrène de la jambe remontant jusqu'au-dessus du genou. Les circonstances qui ont précédé cette gangrène sont assez curieuses pour être brièvement rapportées.

Il y a six semaines environ, cette pauvre femme se trouvait dans la rue au moment de l'échauffourée des étudiants au Collége de France. Elle fut saisie, à la vue de la force publique repoussant les étudiants, d'une telle frayeur qu'elle eut une syncope. Transportée immédiatement chez elle, elle ne revint de son évanouissement que longtemps après, une demi-heure environ, et à ce moment on constata qu'elle avait de la difficulté à s'exprimer et que le côté droit était paralysé.

Dès le soir de l'accident la parole était revenue, ainsi que la sensibilité et le mouvement dans le bras droit ; mais le membre abdominal droit resta insensible ou à peu près.

Les jours suivants, la paralysie sembla se concentrer à la jambe, et huit jours après le début des accidents, comme on constatait que les orteils de ce membre se refroidissaient, on la transporta à l'hôpital Saint-Louis.

Il nous fut facile de constater alors que les orteils, déjà noircis autour des ongles, étaient complétement insensibles, et qu'en les piquant profondément avec de grosses épingles il n'en sortait point de sang. Cette insensibilité s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Les battements de l'artère crurale ne pouvaient être perçus

au delà de la partie moyenne de la cuisse. A partir de ce point, on trouvait un cordon dur, *assez douloureux* à la pression, qu'on pouvait suivre dans le canal du troisième adducteur jusqu'au point où celui-ci entre dans le creux poplité.

Les jours suivants, la gangrène devint plus manifeste et envahit par plaques toute la jambe jusqu'au niveau de l'épine du tibia. L'exploration du cœur démontra qu'il existait une altération au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, mais sans préciser davantage la lésion.

Le diagnostic porté fut : *Oblitération de l'artère crurale par un caillot formé pendant la syncope aux orifices du cœur*, en d'autres termes, *gangrène par embolie.*

La malade, qui s'affaiblissait tous les jours, succomba six semaines environ après le début des premiers accidents.

A l'autopsie nous trouvâmes un rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec caillots déjà anciens, situés entre les valvules altérées et les parois charnues du cœur. Un de ces caillots, ramolli à son centre, offrait une cavité remplie de sanie; rien aux autres orifices.

Voici l'artère crurale : elle est oblitérée par un caillot depuis son entrée dans le canal du troisième adducteur jusqu'au bas du creux poplité.

Ses parois sont épaissies et offrent des plaques athéromateuses petites, et en petit nombre.

Le caillot, de formation évidemment déjà ancienne, est adhérent aux parois artérielles; il remonte en s'amincissant jusqu'au niveau de la naissance de la crurale profonde; mais il n'oblitère réellement tout le calibre de l'artère qu'à partir du tiers moyen de la cuisse.

Contrairement à ce que vient de vous faire voir M. Broca sur une pièce analogue, on ne remarque entre la naissance de la profonde et le creux poplité que des artérioles de très-petit calibre, et véritablement insignifiantes. Or il est à remarquer que la malade a vécu six semaines, et que les collatérales auraient dû avoir le temps de se développer.

Quant à démontrer que ce caillot est ou non formé par embolie, cela est actuellement impossible, puisqu'il s'est écoulé quarante-cinq jours depuis l'accident; mais la manière dont la gangrène est survenue me paraît établir ce fait d'une manière irrécusable. A ce propos, qu'il me soit permis de faire remarquer que, longtemps avant que le mot d'*embolie* ait été prononcé, M. le professeur Bouillaud, en France, avait parfaitement démontré le mode suivant lequel se produisait la gangrène dans les affections valvulaires du cœur; et notre collègue

M. Chassaignac se rappellera sans doute un malade sur lequel cet éminent professeur porta dès 1842 ce diagnostic à l'hôpital de la Charité.

DISCUSSION.

M. BROCA. Les petites artères collatérales se dilatent suffisamment pour permettre une circulation suffisante dans les cas les plus fréquents ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand on pratique la ligature de la fémorale au niveau du canal de Hunter, il n'y a presque jamais de gangrène ; tandis que si la ligature est faite au sommet du triangle de Scarpa, la gangrène se manifeste, d'après mes recherches, environ 17 fois sur 100.

M. RICHET. Je remarque que dans cette discussion trois faits sont produits, et dans tous les trois il y a eu gangrène ; cependant la lésion était analogue à celle qui résulterait d'une ligature au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

M. BROCA. Dans un cas il y avait quelque chose de plus que dans une ligature, c'est-à-dire une embolie artérielle, un caillot dans une grande longueur du vaisseau. Or les branches collatérales ne pouvaient recevoir du sang. C'est bien différent de ce qui a lieu après une ligature qui laisse le vaisseau perméable et au-dessus et au-dessous du point sur lequel elle porte. Dans les deux autres cas, la contusion avait porté au niveau du troisième adducteur ; la roue avait froissé l'artère fémorale et produit des désordres qui ont été suivis d'une réaction insuffisante. Or, dans ces conditions, la gangrène est facile.

M. RICHET. Je ne confonds pas les conditions d'une ligature et celles d'une embolie ; j'avais même signalé la différence radicale entre ces deux états. Mais dans le cas que j'ai cité, la roue n'avait passé que sur la cuisse, et la jambe n'avait reçu aucune contusion ; et autant que je puis me le rappeler, c'était une roue d'omnibus, qui est assez étroite, comme tranchante.

— M. RICHET présente une pièce d'anatomie pathologique sur une fracture du sourcil cotyloïdien, sur laquelle il remettra une observation lors d'une prochaine communication.

M. BERARD. C'est moi qui ai réduit la luxation sur l'existence de laquelle il a été élevé quelques doutes. La Société voudra bien me permettre de lui rapporter l'observation qui m'a été remise par l'interne du service, M. de Gaulejac; observation prise avec beaucoup de soin et que j'ai dictée moi-même.

Voici cette observation.

Luxation sus-pubienne de la cuisse droite.

L... (Jacques), salle Saint-François, nº 35, cinquante-huit ans, mécanicien chauffeur, est un homme d'uno assez faible constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux; sa santé est habituellement bonne; son système musculaire est peu développé.

Hier, après avoir ouvert à moitié le robinet à vapeur de sa machine, voyant que celle-ci ne se mettait pas en mouvement, il va donner un coup de pied au volant, afin de lui donner la première impulsion.

Ce coup de pied produit l'effet qu'il désire, et la machine so met subitement à fonctionner. Malheureusement pour lui, ne se retirant pas assez vite, il se trouve saisi par une large courroie de transmission qui s'adaptait à une grosse poulie placée sur le même arbre que le volant. Cette courroie l'entraîne dans le seus de son mouvement, mais il se trouve arrêté par un poteau en fonte. La courroie, continuant son tour, glisse sur la partie moyenne do la cuisse droite, qui se trouve violemment tournée en dehors, tandis que le corps est retenu par le poteau.

Notre homme a la présence d'esprit de se jeter brusquement en dehors, loin de la courroie. Il tombe, et ne peut se relever qu'avec l'aide do ses camarades accourus à ses cris.

Il ressent aussitôt une vive douleur dans la fesse et la cuisso droites, douleur qui augmente quand il veut s'appuyer sur son membre. On le porte à l'hôpital.

Symptômes physiques. — Ce matin 7 septembre, voici l'état que nous constatons :

Le malade est placé dans le décubitus dorsal. Son membre inférieur droit est dans la rotation en dehors; le talon de ce côté regarde au-dessus de celui do gauche ; tout le membre malade repose par sa face externe sur le plan du lit, de sorte que le creux poplité droit regarde le condyle interne du fémur gauche; son raccourcissement, par rapport au membre sain, est apparent à la simple vue.

Le corps étant placé par nous suivant une direction bien rectiligne, nous trouvons par la mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole interne, et des deux côtés, à droite 86 cent. et demi, à gauche 87 cent. et demi.

Le raccourcissement réel est donc de 1 centimètre; ce raccourcissement paraît beaucoup plus considérablo à la vue. Cependant la mensuration a été faite avec beaucoup de soin, et à trois reprises différentes.

Le pli de l'aine droite est effacé. Il est difficile de porter la main

dans cette région sans y déterminer une vive douleur. Vers la partie moyenne on constate une tumeur dure et résistante, confusément globuleuse; la netteté en est masquée par les ganglions et le tissu cellulaire sous-jacent, qui est le siége d'une légère tuméfaction.

En dedans de cette tumeur bat l'artère fémorale. Si nous tirons une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'épine du pubis du même côté, nous voyons que la tumeur est manifestement au-dessous de cette ligne. En suivant avec le doigt les limites de la saillie osseuse et en les marquant en même temps sur la peau qui la recouvre avec un trait d'encre, nous obtenons ainsi une circonférence à peu près régulière, qui est séparée de la ligne susnommée par l'étendue d'un centimètre.

Entre le centre de la tête et l'épine du pubis, nous mesurons neuf centimètres; de ce même point à l'épine iliaque six centimètres. La tête est donc plus rapprochée de l'épine iliaque que de l'épine pubienne.

Le pli fessier du côté malade est à peu près effacé et plus élevé que du côté sain.

Méplat considérable au niveau de la fosse iliaque externe droite.

L'épaisseur de la cuisse, mesurée des deux côtés à sa racine, donne, à droite, 64 centimètres, à gauche, 57 centimètres (la circonférence).

Symptômes fonctionnels. — Il y a impossibilité complète de détacher le membre malade du plan du lit. Le malade peut se tourner sur le côté gauche, mais sans pouvoir déterminer des mouvements dans l'articulation coxo-fémorale droite. Les mouvements communiqués à la cuisse se transmettent au bassin.

Le mouvement d'adduction est impossible, le mouvement d'abduction très-borné, celui d'extension impossible également; c'est le plus borné de tous. Un léger mouvement de flexion est possible. Si on veut exagérer ces mouvements, on détermine de fort vives douleurs dans le pli de l'aine.

Réduction. — Le malade étant couché et non chloroformé, M. Béraud fléchit fortement la cuisse droite sur le bassin, en la soutenant sur son épaule gauche; puis, avec ses mains, il pousse en bas la tête fémorale, tandis qu'un aide imprime à la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse et appuyée sur l'épaule gauche du chirurgien un mouvement en dehors, de manière à faire tourner la tête fémorale dans un sens contraire, et de lui faire regagner par ce mouvement combiné avec la propulsion en bas la cavité cotyloïde.

Les contractions musculaires font échouer cette tentative. On donne le chloroforme; une seconde tentative faite de la même manière ne réduit qu'à demi la luxation, qui se reproduit aussitôt.

Enfin une troisième tentative est encore faite en suivant la même méthode, avec cette seule différence que M. Béraud, au lieu de faire tourner l'extrémité de la jambe en dehors par un aide, se contente de porter lui-même la cuisse dans une légère abduction. La manœuvre réussit parfaitement, et la réduction *s'effectue bruyamment.*

Les deux cuisses sont maintenues rapprochées l'une de l'autre au moyen d'une bande.

A la visite du soir, la pression dans le pli de l'aine est encore douloureuse au point où était la tumeur. Un peu de tuméfaction tout autour de la racine de la cuisse; pas d'ecchymose. — Cataplasme.

Le 8 septembre, état parfait; peu de douleur à la pression. On enlève la bande qui unissait les deux cuisses, en recommandant bien au malade de rester tranquille dans son lit.

Le 2 octobre, le malade marche depuis huit jours sans aucune claudication. Mais il accuse encore une légère douleur dans le pli de l'aine.

Le 3 octobre, *exeat.*

Ainsi, cette luxation ne peut être révoquée en doute. Les phénomènes cliniques observés avant, pendant et après la réduction, sont très-probants.

M. Richet invoque à l'appui de ses doutes l'existence d'une fracture du sourcil cotyloïdien; mais il faudrait, ce me semble, indiquer la relation qui existe entre cette fracture et la luxation que j'ai réduite.

M. BROCA. Je ferai remarquer que le cal est bien solide pour une fracture récente.

M. BERAUD. J'insiste sur la remarque faite par M. Broca. Il y a six ou sept mois seulement que la luxation a été réduite. Or, dans un tel espace de temps, comment le cal serait-il aussi régulier et aussi solide? Je le répète, je ne pense pas qu'il y ait eu production simultanée de la fracture et de la luxation. Cet homme était mécanicien; il était, par conséquent, exposé à de violents traumatismes; et la preuve, c'est qu'il est venu à l'hôpital Saint-Antoine pour une luxation; il est allé huit mois après à l'hôpital Saint-Louis pour un écrasement du bras. Qui nous dit qu'il n'avait pas eu une fracture avant ces deux derniers accidents?

M. RICHET. Le malade m'a assuré qu'il n'avait éprouvé que ces deux accidents, et il s'est plaint qu'après celui pour lequel il a été traité à Saint-Antoine, il a conservé une difformité dans l'aine. Cependant, en présence des signes fournis par M. Béraud, en présence surtout du bruit caractéristique qui a accompagné la réduction, je pense qu'il y a eu luxation en même temps que fracture, et

je me propose même de montrer des faits à la Société dans lesquels on n'a pas reconnu cette fracture du sourcil cotyloïdien.

— M. CHASSAIGNAC. J'ai l'honneur de présenter à la Société la tumeur que j'ai enlevée à la jeune femme que j'ai montrée dans la dernière séance. Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule ; elle est globuleuse, lisse à sa surface, et la coupe montre bien qu'il s'agissait d'un enchondrome.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 23 avril 1862.

Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris; n° 2 du t. V.

Bulletin de la Société de médecine d'Agen (année 1858-1859); Agen, 1861, in-8°.

Notice des instruments de chirurgie de la maison Charrière. Paris, 1862, in-8°. Un vol. de 300 pages, avec 503 fig. et 4 pl. doubles.

— M. MOREL-LAVALLÉE, président, demande un congé pour cause de maladie. (Renvoi à la commission des congés.)

LECTURE.

M. LABORIE lit le discours suivant, prononcé par lui, au nom de la Société de chirurgie, sur la tombe de M. Cazeaux, le 19 avril.

« Messieurs,

» Après les éloquents discours que vous venez d'entendre, excusez-moi si je viens à mon tour adresser quelques mots d'adieu à notre regretté confrère Cazeaux. En prenant la parole dans cette triste cérémonie, j'obéis à un devoir sacré, comme représentant de la Société de chirurgie de Paris, et à un sentiment de sincère et profonde estime pour le collègue que nous avons perdu.

» De la vie de Cazeaux, je ne saurais rien dire qui n'ait été dit déjà. Le laborieux médecin, le savant académicien, l'homme honorable, ont été loués dignement par M. Danyau et par M. Blot. Je ne puis

avoir la prétention d'ajouter quoi que ce soit à d'aussi remarquables éloges ; aussi me renfermerai-je simplement dans ce qui concerne le collègue de la Société de chirurgie.

» Cazeaux, qui aimait le travail et les travailleurs, avait apprécié la valeur d'une Société qui, livrée à ses seules ressources, sans autre soutien que son désir de bien faire, avait conquis dans la science une honorable et haute position. Et lui, qui appartenait au corps médical le plus éminent, lui, membre de l'Académie impériale de médecine, avait brigué l'honneur d'être admis parmi les membres de la Société de chirurgie.

» Pour appuyer sa candidature, Cazeaux nous communiqua un intéressant mémoire sur un sujet encore bien controversé; il s'agissait d'un état particulier du col utérin inhérent à la gestation, et qui, si la description précise et bien faite de l'auteur était juste, devait ne plus être considéré comme appartenant à la pathologie, mais bien comme le résultat d'une modification purement physiologique. Ce mémoire, ainsi que le disait Cazeaux, n'était que le prélude d'un travail plus étendu qu'il nous promettait.

» Chargé par la Société d'examiner cette communication, je me suis attaché à poursuivre les mêmes recherches, et je pouvais, dans mon rapport, apporter à la grande autorité de l'auteur le faible appoint de mes propres observations. Mes conclusions devaient être ce qu'elles furent : je proposais d'accueillir le savant candidat, et, à l'unanimité, Cazeaux était proclamé membre de la Société de chirurgie.

» Cette nomination nous donnait un collègue savant et zélé, et dans toutes les discussions il apportait les vives lumières de son intelligence et de son savoir. Si le fonds était riche et solide, la forme était brillante et séduisante.

» Orateur habile et sobre, il savait avec fermeté maintenir ses opinions. Son visage expressif, ses gestes simples et dignes, constituaient avec sa facilité d'élocution un ensemble de qualités rares, — et nous devions nous estimer heureux de posséder un tel collègue. — En voyant sa santé en apparence robuste, nous espérions que pendant de longues années il apporterait à nos travaux un utile et précieux concours ; mais cet espoir devait être cruellement déçu.

» Cazeaux, livré avec ardeur aux travaux scientifiques, auteur d'un livre d'accouchement devenu classique, professeur brillant, écrivain distingué, avait dû en outre se livrer à l'exercice d'une profession écrasante de fatigue. Alliant tout à la fois les nécessités de ce double labeur, homme du monde aimé et recherché, sa santé ne résista pas. De terribles accidents cérébraux vinrent effrayer ses nombreux amis, et nous avons pu assister en toute connaissance de la triste vérité à

la lutte de la matière en voie de désorganisation avec l'intelligence surnageant au milieu des ruines de la matière.

» Toujours fidèle au devoir, toujours exact, notre malheureux collègue restait assidu à nos séances. Voulant, par la puissance de sa volonté, dominer le mal qui l'accablait, il essayait d'entrer dans nos discussions. Mais sa parole hésitante trahissait sa pensée, qui restait encore vive et limpide.

» L'issue de cette lutte ne pouvait être douteuse ; notre pauvre ami était enfin vaincu ; il nous quittait, nous laissant tous frappés comme d'un vrai malheur de famille.

» Aujourd'hui, nous sommes tous réunis, recueillis, pleurant sur les bords de cette tombe qui, en se fermant, nous sépare à jamais sur cette terre du plus excellent, du plus regretté des collègues ; et vous tous qui assistez à ces tristes funérailles ; vous surtout, jeunes confrères, qui avez été les élèves de Cazeaux, ne vous laissez pas trop décourager au spectacle de ces tristes catastrophes ; notre vie à tous est un combat ; si quelques vaillants succombent avant l'heure, martyrs de la science, ils doivent féconder le champ du travail ; les honneurs que nous rendons à leurs mortelles dépouilles, la sympathie dont nous entourons leur tombe, la justice que chacun leur rend, montrent que leur existence n'a pas été perdue pour l'humanité.

» Becquerel, Alquié, Cazeaux, illustres victimes du dévouement et de l'étude, nous conservons dans nos cœurs le culte de votre mémoire ; nous espérons bien que, loin de nous, vous avez trouvé la légitime récompense des travaux qui ont ennobli votre existence.

» Je termine en répétant ce que je disais il y a quelques mois sur la tombe d'un autre collègue : Au nom de la Société de chirurgie, adieu, Cazeaux, adieu, cher et bien aimé collègue ! »

— M. le président propose et la Société adopte l'impression de ce discours dans les *Bulletins* de la Société.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. BÉRAUD. La Société voudra bien me permettre de revenir sur la discussion soulevée par la présentation faite par M. Richet d'une pièce d'anatomie pathologique, et dans laquelle il a été élevé des doutes sur l'existence de la luxation que j'avais été appelé à réduire. Or, de nouveaux arguments peuvent être apportés en faveur de mon opinion. Non-seulement les symptômes cliniques sont très-probants, mais encore les lésions observées sur cette pièce démontrent d'une manière évidente qu'il y a eu réellement luxation. Ainsi le ligament rond et la capsule articulaire offrent des altérations profondes. Le ligament rond n'a plus son prolongement vers l'arrière-fond de la cavité

cotyloïde, et en outre il a une longueur beaucoup plus grande que dans l'état normal, de sorte que la tête peut se luxer et se porter très-loin de la cavité sans que ce ligament y oppose le moindre obstacle. Ajoutons à ces deux lésions celle d'un amincissement considérable, et l'on sera convaincu que ce ligament est bien en rapport avec une luxation qui daterait de sept ou huit mois.

La capsule offre aussi des altérations. Ainsi, tandis que dans l'état normal elle offre sa plus grande épaisseur en haut et en avant sur la direction du ligament de Bertin, celle-ci présente, au contraire, un amincissement considérable dans ce point.

Les symptômes cliniques et les lésions anatomiques sont parfaitement en concordance, et tout vient nous confirmer dans l'existence d'une luxation ayant existé au moment de mon observation.

M. RICHET. Je suis du même avis que M. Béraud. J'avais d'abord cru que la fracture pouvait avoir été prise pour une luxation, mais aujourd'hui je n'ai plus de doute à cet égard. Je reconnais toutes les altérations décrites par M. Béraud.

Quant à la capsule, quoiqu'elle fût cicatrisée, je n'ai pas pensé qu'elle vînt déposer contre l'existence d'une luxation. J'ai même cité à cet égard l'exemple de M. Gely, qui, examinant une capsule quarante jours seulement après une luxation bien évidente, la trouva sans aucune lésion apparente. J'admets donc qu'il y a eu fracture du sourcil cotyloïdien et luxation de la tête fémorale.

Quant à ces fractures du sourcil cotyloïdien, elles ne sont pas décrites; il y a là un chapitre tout entier à faire. Je pourrais même dire dès aujourd'hui que personne jusqu'ici n'a diagnostiqué cette fracture quand elle existait en même temps que la luxation, et cela expliquerait parfaitement pourquoi. M. Béraud ne l'a point vue lui-même.

COMMUNICATION.

Oblitération du rectum. — Ponction avec le bistouri. — Résultats. — M. DEPAUL. Aujourd'hui même, avant la séance, j'ai reçu dans mon cabinet un enfant âgé de trois jours, ayant une imperforation rectale et m'étant envoyé par M. Robert. Cet enfant ne rendait pas de méconium, il avait des vomissements bilieux jaunâtres. Le ventre était assez développé, mais d'une manière uniforme. Il offrait une sonorité remarquable en avant. Sur les côtés il y avait une différence très-sensible dans la sonorité ; ainsi sur le trajet du côlon, en déprimant autant que possible la paroi abdominale, on obtenait par la percussion une matité relative très-manifeste, surtout dans la fosse iliaque gauche. En introduisant le petit doigt dans l'anus, on sentait bientôt un cul-de-sac dont le fond était constitué par une membrane

épaisse d'environ un centimètre. En faisant pousser des cris à l'enfant, cette membrane bombait un peu sur le bout du doigt, qui percevait alors une fluctuation obscure.

Tous ces caractères m'ont décidé à pratiquer immédiatement l'opération.

L'opération a consisté dans une simple ponction au moyen d'un bistouri à lame étroite introduit sur mon doigt comme sur un cathéter. J'ai ensuite débridé à droite et à gauche, puis en arrière. A peine avais-je fait la ponction qu'une fusée de gaz m'a indiqué que j'avais pénétré dans le rectum. Cette fusée de gaz a été bientôt suivie de méconium. Cette opération a donc réussi par la simple ponction, et j'ai voulu montrer ces résultats à la Société.

DISCUSSION.

M. TRÉLAT. Je désire faire remarquer que lorsque l'oblitération siége près de l'anus, elle n'existe pas sur une grande étendue. La pièce de M. Chairou, qui se rapporte au fait de M. Huguier, celle do M. Depaul, viennent appuyer cette proposition.

Il est, du reste, difficile d'apprécier sur le vivant l'étendue de l'obstacle. Ici on avait une membrane d'un centimètre; on peut en rencontrer de plus épaisses, et alors la fluctuation n'est plus appréciable.

Je suis très-heureux que M. Depaul ait recherché et constaté la matité sur le trajet du côlon.

Quant au procédé opératoire, je n'en dirai rien. Je vois que le résultat a été obtenu; mais si on avait attiré l'intestin au dehors, je crois que le résultat serait encore meilleur.

M. RICHET. J'ai observé un cas analogue à celui de M. Depaul, il y a environ un mois, à Passy. J'avais été appelé auprès d'un nouveau-né en l'absence de M. Richard. Cet enfant avait une oblitération à un centimètre au-dessus de l'anus, dans le fond duquel je sentais une fluctuation obscure; il y avait matité sur le trajet du côlon et de l'S iliaque. Il y avait déjà une inflammation très-forte du péritoine; le ventre était très-ballonné, et il existait des vomissements fréquents.

Je ne voulus pas opérer; on insista. Je fis la dissection avec le bistouri; je découvris la fin de l'intestin, je l'attirai au dehors, et alors je l'ouvris. Immédiatement après il y eut issue du méconium. L'enfant mourut huit ou dix heures après, des suites de la péritonite.

Quant aux injections conseillées pour favoriser l'issue du méconium, et dont M. Depaul a parlé, je les trouve mauvaises. Elles distendent l'intestin, et vont précisément contre le but que l'on s'est proposé. Souvent on croit que les liquides arrivent dans l'intestin,

lorsqu'on les fait pénétrer tout simplement dans lo tissu cellulaire du bassin. Pour remédier à cet inconvénient, il faut mettre une canule à demeure.

M. GUERSANT. Les injections doivent, en effet, être pratiquées avec une canule. C'est pour cela que dans mon procédé je laisse une canule à demeure, que je fixe, et qui sert non-seulement à l'évacuation du méconium, mais aussi à l'injection de liquides pour délayer le méconium. Cette canule a aussi l'avantage d'empêcher l'oblitération de l'ouverture que l'on vient de pratiquer. Ainsi faites, les injections sont très-utiles.

M. DEPAUL. Quand j'ai vanté les injections, je voulais qu'on les pratiquât de la sorte, car l'on évite ainsi les infiltrations dont M. Richet a parlé.

AUTRES COMMUNICATIONS.

M. NOTTA (de Lisieux) fait la communication suivante :

Fracture de la mâchoire inférieure; appareil de gutta-percha; guérison. — G..., cultivateur, âgé de soixante ans, demeurant aux environs de Lisieux, fut renversé et foulé aux pieds par une vache qu'il conduisait, et qui prit l'épouvante dans la soirée du 29 août 1861. Je fus appelé auprès de lui le lendemain matin, et je le trouvai dans l'état suivant :

Une plaie contuse intéressant toute l'épaisseur des parties molles, longue de 4 centimètres, existe sur la pommette droite.

La mâchoire inférieure présente une fracture verticale à 4 ou 5 millimètres à gauche de la symphyse du menton. Je réunis la plaie avec des points de suture entortillée, et j'obtins une réunion par première intention.

Quant à la fracture de la mâchoire, je voulus la maintenir réduite avec une fronde; mais je ne pus y parvenir. Il était facile d'affronter les deux fragments ; mais aussitôt qu'on cherchait à les immobiliser en serrant le bandage, il s'opérait un déplacement du fragment droit, qui se portait en bas et en arrière, tandis que le gauche se portait en haut et en avant. Il est du reste facile de concevoir que la fronde était tout à fait insuffisante dans ce cas particulier pour maintenir les fragments immobiles.

En effet, la mâchoire inférieure, dépourvue de ses dents molaires et garnie seulement à la partie moyenne de quelques dents de hauteur inégale pour les deux fragments, ne pouvait prendre un point d'appui solide sur la mâchoire supérieure, qui elle-même était en grande partie dépourvue de dents.

J'appliquai alors l'appareil de gutta-porcha do M. Morel-Lavallée, en

me conformant de tous points aux préceptes qu'il a tracés, et j'eus la satisfaction de voir les fragments de la fracture parfaitement immobilisés.

J'appliquai en outre une fronde pour plus de sécurité, et je nourris mon malade de bouillon et de potages.

Le 28 septembre, je levai l'appareil et je trouvai les deux fragments réunis sans traces de déplacement.

— M. Notta (de Lisieux) fait une seconde communication sur le sujet suivant :

Luxation uni-latérale incomplète de l'apophyse articulaire droite de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. — R... (Victor), âgé de 22 ans, journalier, d'une très-robuste constitution, est apporté à l'hôpital le 3 novembre 1861, dans la soirée, par plusieurs hommes plus ou moins ivres, dont il est impossible d'obtenir aucun renseignement. Lui-même est ivre ; il laisse tomber sa tête sur sa poitrine et ne peut se tenir sur les jambes; ses vêtements sont souillés de matières alimentaires qu'il vient de vomir. Néanmoins il reconnaît l'infirmier qui lui a donné des soins il y a trois semaines, alors qu'il était dans le service de médecine pour une jaunisse qui l'y a retenu environ une huitaine de jours.

On le couche dans un lit et il y reste dans un état de torpeur et de somnolence que l'on attribue à l'effet des boissons alcooliques.

Le lendemain matin, à la visite, la religieuse me disant que cet homme a été reçu la veille ivre-mort, je passe devant son lit sans l'examiner, me proposant de le renvoyer le lendemain.

Le lendemain 5 novembre, j'apprends que cet homme, étant ivre et portant sur ses épaules un panier de charbon, est tombé dans un escalier de la hauteur d'un second étage, et qu'on l'a trouvé sur le sol la tête pliée sous lui. Je procède alors à son examen, et je constate l'état suivant :

Décubitus dorsal; il ne peut tourner la tête ni à droite ni à gauche ; le cou est court, la tête enfoncée entre les épaules, mais n'offre pas de déviation sensible ni à droite ni à gauche. Intelligence nette. Il répond bien aux questions qu'on lui adresse ; la vue est bonne. Il se rappelle vaguement avoir fait une chute. Il accuse une vive douleur dans le cou et entre les deux épaules. Il se plaint de fourmillements dans les deux bras. Il les remue, ainsi que les doigts, mais avec peine, et il n'aurait pas la force de prendre son verre avec sa main et de boire.

Avec une épingle, on constate que la sensibilité est conservée dans les membres thoraciques, sur le cou et le sommet de la poitrine jus-

qu'à un travers do doigt au-dessous des clavicules. Le reste du tronc et les membres inférieurs sont complétement insensibles à la piqûre, à la chaleur, au froid. Il y a en même temps paralysie complète du mouvement. Rétention d'urine. La vessie, distendue, remonte jusqu'à l'ombilic. Pas d'érection.

En explorant le rachis, on n'observe aucune déformation appréciable. Si on saisit successivement toutes les apophyses épineuses, on ne détermine aucune crépitation, mais on cause une très-vive douleur au niveau des sixième et septième cervicales. La pression est également douloureuse au niveau des quatre premières dorsales et de la quatrième et cinquième cervicale.

Soif très-vive. La déglutition se fait bien et sans douleur. Apyrexie. — Cathétérisme; 30 sangsues au niveau de la partie douloureuse du rachis; limonade; diète.

Le 6, même état. Il y a seulement un peu moins de douleur dans le rachis. Il tient la tête immobile à cause des douleurs qu'il ressent dans le cou lorsqu'il veut faire un mouvement. — 20 sangsues sur la région cervicale; cathétérisme.

Le 7, la soif est toujours très-vive. Les urines, traitées par la potasse, ne se colorent pas : elles ne renferment donc pas de sucre. Intelligence très-nette; il remue un peu mieux les bras. Les autres symptômes de paralysie persistent toujours. — Bouillons, potages.

Le 8, il a eu cette nuit trois épistaxis; il paraît, du reste, qu'il y est sujet. — 15 sangsues le long du rachis, au niveau des cinquième, sixième et septième cervicales.

Le 9, la douleur à la pression le long du rachis a presque entièrement disparu. Il remue mieux les bras, mais il n'a pas encore assez de force pour boire avec son verre.

Soif très-vive, peau chaude; pouls à 88. Sur la fesse droite, large excoriation de 15 à 16 centimètres de diamètre. Épistaxis abondante. Il demande à manger. Pas de garde-robes depuis son entrée. Langue naturelle. — Décoction de 25 grammes de séné dans du jus de pruneaux; une portion.

Le 10, il se sent mieux ce matin, a dormi une partie de la nuit et a eu plusieurs garde-robes. Il demande à manger. L'excoriation qui s'observait hier sur la fesse s'est transformée en eschare; pouls à 100. Toux grasse, fréquente. Vers midi, il est pris d'un accès de suffocation; subdélirium.

Le 11, il meurt à cinq heures du matin, conservant sa connaissance jusqu'au dernier moment, mais étouffé par des mucosités qui remplissent les bronches et qu'il ne peut expulser.

Autopsie. — La colonne vertébrale, dépouillée de toutes ses parties

molles et enlevée avec précaution de manière à ne lui imprimer aucun mouvement qui puisse déranger les rapports des parties déplacées, nous présente, vue par sa face antérieure, une courburo latérale assez prononcée, à convexité dirigée à droite et à concavité dirigée à gauche. Cette courbure a son sommet au niveau de la sixième et de la septième cervicale. Il résulte de cette déviation que les apophyses transverses cervicales sont plus écartées les unes des autres à droite et plus rapprochées à gauche.

Les apophyses épineuses présentent une déviation qui correspond à la courbure décrite. Mais elle est beaucoup plus marquée sur la pièce que sur le vivant, où il était impossible de l'apprécier à cause de l'embonpoint et de la brièveté du cou du malade.

Au niveau de la face antérieure du corps de la septième cervicale, le ligament antérieur est soulevé par un fragment du corps de cette vertèbre.

Après avoir fait une coupe antéro-postérieure de la pièce, on constate que le calibre du canal rachidien est rétréci dans le sens antéro-postérieur d'un tiers environ par la saillie formée par l'angle de réunion des corps des sixième et septième cervicales, dont le tiers antérieur est écrasé et diminué d'épaisseur. L'apophyse transverse droite de la septième cervicale est fracturée à sa base. L'apophyse transverse gauche de la sixième est également fracturée à sa base. En arrière, la facette articulaire droite de la septième cervicale s'engage sous le bord inférieur de la lame vertébrale de la sixième cervicale, et en la soulevant fait basculer d'une part les corps vertébraux des sixième et septième cervicales, et leur fait faire la saillie décrite dans le canal rachidien, et d'une autre part détermine la déviation latérale quo nous avons décrito en commençant.

Le ligament jaune est décollé dans toute la longueur de son bord inférieur. Du côté gauche, ce ligament est intact.

La dure-mère rachidienne est saine, et il n'y a aucune trace d'épanchement sanguin entre elle et le canal osseux.

La moelle épinière est réduite en bouillie dans une longueur de 4 à 5 centimètres au niveau de la luxation.

Cette observation m'a paru offrir quelque intérêt: D'abord, ainsi qu'on vient de le voir, il s'agit d'une luxation unilatérale d'une vertèbre cervicale; or ce genre de lésion est rare, puisque M. Malgaigne n'a pu en réunir que neuf cas dans son ouvrage. Ensuite, nous avons affaire à une luxation incomplète qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, peut être considérée comme un type. Les surfaces articulaires déplacées sont intactes. Le bord inférieur de l'apophyse articulaire inférieure de la sixième cervicale s'est simplement engagé

sur l'extrémité supérieure de l'apophyse articulaire supérieure de la septième. Ce déplacement n'a pu s'opérer quo par l'effet d'une flexion exagérée de la colonne vertébrale dans le sens opposé, c'est-à-dire en avant et à gauche. Or, pour que ce mouvement de flexion fût suffisant, il a fallu que le disque intervertébral et que les corps des vertèbres correspondantes fussent aplatis, écrasés en avant, ainsi qu'on le voit très-bien sur la coupe pratiquée sur la pièce. Remarquons ici que les apophyses articulaires gauches ne paraissent pas avoir subi de déplacement marqué.

Je n'ai fait pendant la vie aucune tentative de réduction ; mais en examinant la pièce pathologique, on voit combien on donne au hasard lorsqu'on cherche à réduire ces luxations. En effet, si on opère une traction dans le sens de l'axe de la colonne vertébrale, on ne réduit pas la luxation. Pour y arriver, il faut fléchir en avant et à gauche la tête, c'est-à-dire reproduire le mouvement qui a déterminé la luxation, et opérer en même temps une traction. On obtient ainsi la réduction avec facilité.

DISCUSSION.

M. HOUEL. J'ai vu trois malades atteints de luxation de la colonne cervicale; tous ces malades avaient fait une chute sur le sommet de la tête, et aucun d'eux n'avait de fracture. Le fait de M. Trélat cité dans la thèse de M. Richet est dans ce cas. Ces malades sont morts asphyxiés quatre ou cinq jours après l'accident, par suite de la lésion consécutive du nerf phrénique.

M. CHASSAIGNAC. La luxation unilatérale sans fracture me paraît impossible. Ainsi, dans le cas de M. Notta, il y a fracture d'une lame en arrière, et le corps de la vertèbre est un peu écrasé.

M. HOUEL. Je ne suis pas de cet avis. Je renvoie M. Chassaignac aux *Bulletins* de la Société. M. Michon a montré un fait de luxation unilatérale sans fracture.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MARJOLIN. Je désire montrer à la Société une jeune fille de douze à treize ans que j'ai déjà présentée il y a trois ou quatre ans. Cette fille, un peu pâle, amaigrie, offre une tumeur sur l'avant-bras droit ayant le volume d'un gros œuf de poule, fusiforme, et dont la nature est douteuse. Quant au siége, elle paraît occuper le cubitus.

Comme cette fille souffre et ne peut se servir de son bras, comme d'ailleurs la tumeur fait des progrès, je me suis demandé s'il fallait

pratiquer une amputation, et dans le cas où elle serait acceptée, je suis dans l'hésitation entre la désarticulation du coude et l'amputation du bras. J'avoue que je serais cependant plus décidé à faire cette dernière opération, parce que les tissus seront plus sûrement sains. Je me rappelle ma dernière désarticulation de la cuisse, dans laquelle nous avons trouvé que le lambeau antérieur participait à la dégénérescence. Je demande, du reste, l'avis de la Société.

M. CHASSAIGNAC. Ne s'agirait-il pas d'une suppuration profonde? d'un abcès sous-périostique? Il faudrait donc pratiquer une ponction exploratrice. Dans le cas d'une tumeur solide tenant à l'os, ne serait-il pas suffisant de faire simplement la résection du cubitus? Il sera toujours temps d'enlever le bras.

M. BROCA. Depuis que cette fille a été présentée, sa tumeur n'a pas fait beaucoup de progrès. La tumeur siége sur l'os, évidemment. Est-ce un enchondrome ou un fibromo? En tout cas, ce n'est pas une tumeur maligne. Dans ce cas, il faut attendre; c'est le parti le plus prudent.

M. MARJOLIN. Je ne suis pas pressé d'agir. Je sais que les douleurs éprouvées par la malade peuvent être dues à l'enchondrome. Du reste, je suivrai l'avis de la Société; j'attendrai.

— M. MARJOLIN. Je désire présenter une seconde malade. La Société s'est occupée de l'ankylose de la mâchoire inférieure, et il n'y a pas longtemps qu'elle a entendu le rapport si complet de M. Verneuil sur ce sujet. La jeune fille que je soumets à votre examen est âgée de dix ans. Atteinte il y a quelques années d'une gangrène de la bouche, elle a eu la joue perforée, et il s'est formé une cicatrice qui, en se rétractant, a rapproché de plus en plus les mâchoiros. A l'extérieur, on voit une sorte d'infundibulum tapissé de tissu cicatriciel, au fond duquel se trouve un orifice qui donne issue à la salive. Cette ankylose a été d'abord suivie d'une grande émaciation; puis on a pu ramener quelques mouvements entre les mâchoires, et la malade a pu prendre un peu de nourriture, de sorte qu'aujourd'hui elle pourrait supporter l'opération. L'écartement possible entre les deux mâchoires est de 2 ou 3 millimètres seulement.

Mon intention est de choisir entre le procédé de M. Esmarch, qui consiste à faire une pseudarthrose avec perte de substance, et celui de M. Rizzoli, qui consiste à produire la même fausse articulation sans perte de substance. Peut-être y aurait-il un moyen terme à suivre. Ce serait, par exemple, de faire la section de l'os non avec une scie, mais avec une pince incisive, qui produirait une section de l'os sans nécrose, sans éclats d'os, comme on le fait avec la scie.

DISCUSSION.

M. LARREY. La crainte de M. Marjolin de voir la section simple de l'os, suivant le procédé de Rizzoli, être suivie de soudure, est peut-être exagérée. En effet, plus les fractures de la mâchoire inférieure sont simples, plus elles ont chance de se convertir en pseudarthrose.

M. CHASSAIGNAC. Avant toute opération, il faudrait s'assurer qu'il y a réellement ankylose de la mâchoire. Pour cela, il faut couper largement la bride, en y comprenant la fistule salivaire, et on s'assurera après de l'état des mouvements de la mâchoire. Ainsi, cette opération doit présenter deux étapes. Dans la première, section des tissus; dans la seconde, abaissement du maxillaire ou section de cet os.

M. MARJOLIN. Après la lecture du mémoire de Rizzoli, je suis convaincu qu'il n'y a qu'une chose possible ici, c'est la section de l'os. Le tissu cicatriciel s'oppose à tout mouvement; si l'on veut forcer, on amène une fracture qui peut être suivie de pseudarthrose, et c'est même ce qui a servi à découvrir cette méthode à M. Carnacan.

M. CHASSAIGNAC. Il est impossible de s'assurer de l'existence des mouvements sans couper la bride. Sans cette section, on a beau se servir des vis coniques, des leviers, on casse les dents déjà ébranlées par le mauvais état des gencives, mais on n'écarte rien.

M. LARREY. Je me range à l'avis de M. Chassaignac par les raisons que j'ai déjà exposées devant la Société. Je crois qu'il y a seulement ankylose apparente, et que c'est la bride seule qui s'oppose aux mouvements d'abaissement. Il faut donc couper la bride et se faire jour autant que possible. On peut consulter à ce sujet la thèse de M. Sarrazin.

M. MARJOLIN. Je me conformerai à la ligne tracée par MM. Chassaignac et Larrey; seulement, je ferai remarquer que cette méthode a été déjà suivie et qu'elle a échoué.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 30 *avril* 1862.

Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Ollier. *De l'ovariotomie.* Paris, 1862, in-8°. — *Des transplantations périostiques et osseuses.* Paris, 1862, in-8°.

— M. le docteur Maurice Reynaud, interne lauréat des hôpitaux de Paris, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *De l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités.* Paris, 1862, in-4°.

— M. Larrey fait don à la Société du portrait lithographié du professeur Heyfelder père, membre correspondant étranger à Saint-Pétersbourg.

— M. Chassaignac dépose sur le bureau une brochure de M. Groux, intitulée : *Fissura Sterni congenita new Observations and Experiments made in America and Great Britain.* Hambourg, 1859, grand in-4°, avec un grand nombre de planches. M. Chassaignac, en présentant ce travail, propose à la Société de désigner une commission spéciale. Cette proposition n'est pas appuyée.

A l'occasion du rapport présenté par M. Chassaignac dans la séance du 16 avril 1862, sur la scie à chaîne montée à arbre, M. Charrière père adresse une notice avec pièces à l'appui, pour revendiquer la priorité de cette invention. Dans une notice imprimée en 1855, il fait représenter à la page 67, figure 111, un arbre de scie avec un mécanisme qui permet d'y adapter indistinctement une lime pleine ou une scie à chaîne. Un autre mécanisme permet d'allonger ou de raccourcir l'arbre lui-même, de telle sorte que pendant l'opération, et suivant les indications qui se présentent, on peut à volonté augmenter ou diminuer la courbe de l'anse de la chaîne. Cette scie a été employée par Roux dans l'ablation d'une tumeur osseuse par la méthode sous-cutanée.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL. J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade dont je l'ai déjà entretenue, et sur lequel j'ai appliqué la méthode autoplastique à doubles lambeaux superposés pour une rhinoplastie totale. Il restait chez ce malade une difformité à la racine du nez, au-dessus du lambeau frontal une profonde excavation large de 3 centimètres de diamètre et communiquant largement avec les fosses nasales. Il y avait aussi un gros tubercule cicatriciel sur les parties latérales qui était choquant. J'ai cherché à remédier à toutes ces difformités, et je viens aujourd'hui soumettre à la Société le résultat de ces petites opérations complémentaires.

Pour boucher le trou et rétrécir la base du nez qui offrait ce tubercule, au lieu de tailler un nouveau lambeau, j'ai eu l'idée de fendre le nez formé sur la ligne médiane, d'aller chercher la peau qui s'enfonçait, et de souder ainsi les bords de l'ouverture après un avivement

préalable. J'ai réussi, et, comme on peut en juger, le résultat est assez satisfaisant.

M. LABORIE. Je désire savoir si les points de suture ont été faits avec des fils métalliques.

M. VERNEUIL. Oui. Je les ai ôtés après quarante-huit heures, parce qu'il n'y avait pas de tension ni de gonflement.

M. LARREY. Je crois devoir rappeler que la première opération de rhinoplastie totale a été faite par mon père. Il a eu recours à un procédé analogue à celui employé par M. Verneuil, moins le lambeau sus-nasal. Du reste, la destruction du nez tenait à la même cause, et le résultat fut aussi satisfaisant. Je pourrais au besoin reproduire le fait dans tous ses détails, et les dessins qui s'y rapportent.

M. GUERSANT. Je désire savoir si dans ces diverses opérations pratiquées par M. Verneuil, le malade n'a pas été soumis à des accidents graves, tels que phlegmon, érysipèle, angéioleucite, etc.

M. VERNEUIL. L'opération pratiquée par Larrey père est restée célèbre. Elle est la première en date pour marquer la renaissance de l'autoplastie française. Cette opération, en effet, a été faite par l'avivement des lambeaux latéraux et la réunion de ces lambeaux sur la ligne médiane.

Après Larrey père, la rhinoplastie par lambeaux latéraux a été faite par Serres et par M. Bouisson. Dans le cas actuel, le procédé aurait été insuffisant, parce que l'espace à combler était trop considérable.

Après avoir constaté les résultats obtenus par la méthode française, je me suis convaincu que le dos du nez, d'abord assez satisfaisant de forme, finissait par s'affaisser de plus en plus. C'est pour éviter cet affaissement que j'ai eu recours à l'interposition du lambeau frontal, qui fournit un soutien solide aux deux lambeaux latéraux.

Dieffenbach avait senti l'insuffisance des lambeaux latéraux et avait emprunté un lambeau frontal; mais cet unique lambeau restait encore insuffisant. En appliquant le lambeau frontal sous les deux lambeaux latéraux, je répondais à toutes les indications. Je tiens ce procédé de communications orales avec M. Ollier. Quoi qu'il en soit, j'ai obtenu le résultat que je cherchais.

Quant à l'opération complémentaire, elle sera souvent nécessaire.

Je réponds à M. Guersant que cette opération est en effet très-grave. L'érysipèle de la face se montre trois fois sur quatre. Ici cependant je n'ai pas eu cet accident ni à la suite de l'opération principale ni à la suite de l'opération complémentaire.

M. GUERSANT. Je prends acte de cet heureux résultat, qui est important en ce qu'il permettra d'être plus hardi pour reculer les limites de l'art sans faire courir au malade de trop graves dangers. Jusqu'ici, il faut l'avouer, les faits connus n'étaient pas trop encourageants. Ainsi Dieffenbach, dans son voyage à Paris, avait opéré deux malades, et il avait eu deux morts. Il fallait donc y regarder à deux fois avant d'opérer, et c'était sans doute ce qui avait fait donner la préférence à la prothèse.

M. VERNEUIL. Je n'entamerai pas la question de la prothèse et de l'autoplastie. Je ferai remarquer seulement que Dieffenbach soumettait ses opérés à un régime trop débilitant. Il les saignait plusieurs fois, il appliquait des sangsues sur les lambeaux, et les mettait à une diète très-sévère, de sorte que des accidents formidables se déclaraient presque nécessairement. Aujourd'hui nous dirigeons beaucoup mieux nos opérés.

RAPPORT.

M. TRÉLAT commence la lecture d'un rapport sur une observation de résection du coude, envoyée par M. le docteur Lala, ancien interne des hôpitaux.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 7 mai 1862.

Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bonifas (d'Anduze) adresse trois observations sur un cas de *luxation du coude*, sur un *enfoncement du crâne sans fracture* et sur un *squirrhe du sein*. (Commissaire, M. Bauchet.)

M. LE VICE-PRÉSIDENT annonce à la Société que M. Morel-Lavallée, son président, a éprouvé une grande amélioration dans sa maladie.

LECTURE.

M. TRÉLAT continue la lecture de son rapport sur le travail suivant, commencé dans la précédente séance.

Rapport de M. Trélat sur un travail de M. Lala intitulé : Étude sur la résection comparée à l'amputation dans les tumeurs blanches du coude. — M. le docteur Lala, ancien interne des hôpitaux

de Paris, a eu occasion peu de temps après son arrivée à Rodez, où il exerce aujourd'hui la médecine, de pratiquer la résection du coude pour une tumeur blanche de cette articulation.

Le malade guérit parfaitement, et jouit à l'heure actuelle, quatre ans après l'opération, de la meilleure santé. Notre confrère a pensé que ce fait intéresserait la Société de chirurgie, et comme on avait proposé à son opéré l'amputation du bras, il a examiné comparativement les deux opérations. C'est de ce travail que je viens vous rendre compte aujourd'hui.

Soit que les occasions fissent défaut ou qu'elle considérât la question comme définitivement jugée sous tous les rapports, la Société de chirurgie s'est peu occupée de la résection du coude. Quelques communications de MM. Chassaignac et Maisonneuve remontant à de longues années, une observation de M. Verneuil touchant un point spécial, une présentation de malade et de pièces par M. Bauchet, c'est tout ce que renferment nos *Bulletins*.

En présence d'un aussi faible contingent, la Société ne trouvera peut-être pas inutile, qu'élargissant un peu mon rôle de rapporteur, je soumette à révision cette importante question de thérapeutique chirurgicale et de médecine opératoire.

Notre confrère préconise la résection du coude à l'aide de deux séries d'arguments qui se rapportent, l'une, à l'opération elle-même, l'autre, à ses résultats. On peut les résumer ainsi : la résection intéresse moins d'organes importants, muscles, nerfs, vaisseaux, que l'amputation ; elle conserve la main, dont les services, quoique désormais restreints, sont encore bien supérieurs à ceux que peuvent rendre les appareils prothétiques les mieux faits.

Ces raisons, théoriques en quelque sorte, ont sans doute une grande valeur, mais elles ne peuvent être définitivement consacrées que par l'étude des résultats. A eux seuls, recueillis en nombre suffisant, il appartient de prononcer sur la gravité de l'opération au point de vue de la conservation de la vie, sur son degré d'utilité curative et sur ses bénéfices définitifs.

La résection du coude est une des opérations graves qui menacent le moins l'existence. Cette croyance est générale parmi les chirurgiens ; elle est si profonde chez nos confrères d'Allemagne et d'Angleterre que quelques-uns d'entre eux (1) ne craignent pas de réséquer l'article dans des cas où la vie n'est nullement en péril, mais où le membre est fixé dans une position vicieuse. Nous retrouverons, du reste, ce point particulier dans l'examen des indications.

---

(1) Voir la *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 50.

Je pourrais donc prendre acte de l'opinion générale et passer outre, mais la vérité ne perd jamais à être affirmée de nouveau, surtout à l'aide d'un complément de preuves. En 1843, M. Thore, dans une fort bonne thèse sur la résection du coude (1), avait réuni 102 cas de cette opération, dont 88 pour des caries ou nécroses et 14 pour des blessures. Les 88 cas de résection pathologique donnaient 20 morts ou 22,7 0/0. A la même époque, M. Malgaigne indiquait un chiffre de 39,3 0/0 pour la mortalité à la suite des amputations pathologiques du bras. De mon côté, j'ai trouvé que, dans ces dix dernières années, on a fait dans les hôpitaux de Paris 21 résections du coude donnant 7 morts ou 33,3 0/0, et 54 amputations pathologiques du bras, suivies de 17 morts ou 31,4 0/0, c'est-à-dire 1 mort sur 3 opérés pour la résection et 1 mort sur 3,1 pour l'amputation, différence si minime qu'on peut n'en faire aucun compte.

Les résultats sont bien plus beaux pour les résections traumatiques. Sur les 14 cas de M. Thore, il y a deux opérés dont le sort est inconnu, tenons-les pour morts ; M. Esmarch nous a donné la relation de 40 résections pour coups de feu, faites par différents chirurgiens pendant la guerre du Schleswig-Holstein, il y eut 6 morts. En Crimée, M. Mac-Leod perdit 2 opérés sur 17. En tout 71 résections traumatiques donnant 10 morts ou 14 0/0 ou encore 1 mort sur 7,1 opérés.

En conséquence, la résection du coude pour les cas pathologiques donne des résultats au moins aussi heureux que l'amputation pratiquée dans les mêmes circonstances, et il reste toujours l'inappréciable avantage d'avoir conservé une portion utile du membre. Pour les traumatismes, la comparaison est encore bien plus favorable à la résection, à ce point qu'à l'avenir je ne comprendrais plus la moindre hésitation de la part des chirurgiens ; d'un côté 1 mort sur plus de 7 opérés ; de l'autre, 1 mort sur moins de 2 opérés. Il est juste cependant de reconnaître que bon nombre de traumatismes, écrasements, contusions graves, etc., ne sont en aucune sorte justiciables de la résection, et que par conséquent on n'a pas toujours le choix entre les deux méthodes.

N'êtes-vous pas frappés, Messieurs, de cette singulière différence à l'avantage des résections pour cause traumatique ? S'il est un fait bien établi, c'est assurément la bénignité relative des amputations pathologiques ; comment donc se fait-il que la résection du coude, qui jusqu'à un certain point peut être rapprochée d'une amputation,

(1) Thore, thèse inaugurale, 1843, n° 66.

échappe si complétement à cette loi ? Si je ne me trompe, les recherches statistiques que j'ai faites récemment sur les amputations m'ont donné la clef de ce fait en apparence anormal. J'ai constaté que la différence de mortalité pour les deux catégories d'amputation est d'autant plus grande que l'opération elle-même est plus importante. Ainsi, tandis que cette différence est de 21,5 0/0 pour la cuisse, elle descend à 18,1 0/0 pour la jambe, et, chiffre bien misérable, à 6,4 0/0 pour le pied. Au membre supérieur, les amputations pathologiques gardent leur avantage pour le bras, avantage qui se traduit par le chiffre de 21,3 0/0 ; mais elles le perdent notablement à l'avant-bras, et d'une façon plus accusée pour la désarticulation du poignet.

Pour ces deux dernières opérations, les cas traumatiques l'emportent de 13,2 0/0 et de 23,4 0/0. La différence est donc d'autant moins sensible que la mortalité de l'opération est moindre, et quand cette mortalité est descendue au-dessous d'une certaine limite, on a une différence négative, ou, ce qui revient au même, un avantage pour les amputations traumatiques.

Or, qu'est-ce qu'une amputation traumatique, sinon l'opération qui ressemble le mieux à celle qu'on pratiquerait sur un individu en pleine santé ; sinon l'opération réduite à elle-même et dépouillée de toutes les complications qu'apportent la maladie antérieure, l'affaiblissement général ? Aussi quand pour une amputation déterminée, je vois les cas traumatiques donner des résultats notablement supérieurs aux cas pathologiques, je n'hésite pas à conclure que l'opération en elle-même est relativement peu grave.

Si la prudence ne commandait d'être réservé en comparant entre elles des opérations qui diffèrent sous bien des rapports, nous pourrions appliquer les faits et les déductions précédentes à la résection du coude, et en conclure qu'en elle-même et en dehors de toute indication, c'est l'une des opérations graves de la chirurgie dont le pronostic est le plus favorable.

Dans la grande majorité des cas, la cure est complète, c'est-à-dire que tout le cortége morbide, fongosités, fistules, suppurations, douleur, s'éloigne à la suite de l'opération. Mais dans quelques circonstances, les choses ne se passent pas aussi bien ; la plaie ne guérit pas ou guérit mal ; on ampute le bras, ou le malade succombe lentement, parfois même l'amputation n'empêche pas ce dénoûment fatal.

C'est qu'alors on a pratiqué des opérations incomplètes ou qu'on a soumis à la résection des individus dont la santé générale était trop gravement atteinte. Dans le premier cas, on a encore la ressource, a

l'exemple de Textor (1), d'ouvrir à nouveau les parties molles et d'enlever les portions d'os malades, qu'on avait laissées lors de la première opération.

Mais si on a affaire à un phthisique, ou que les os soient le siége d'une de ces ostéites étendues qui ne sont pas rares chez les scrofuleux, on a fait une opération absolument inutile, et conséquemment mauvaise. D'où l'on voit la nécessité d'établir les indications opératoires sur un diagnostic rigoureux de la nature et de l'étendue des lésions.

Après la guérison, le membre, outre des modifications de forme variables tenant à l'atrophie musculaire, au procédé opératoire et à l'étendue de la résection, présente un raccourcissement qui en général correspond exactement à la longueur des parties d'os enlevées. Cependant, si l'observation que M. Verneuil a communiquée en 1859 (2) à la Société devait se reproduire, nous aurions entre les mains un moyen de prévenir au moins en partie le raccourcissement. Mais de nouveaux faits sont nécessaires pour que cet espoir devienne légitime, car M. Verneuil n'a pas pu suivre assez longtemps son opéré pour lever les doutes émis par quelques chirurgiens sur l'interprétation du fait. Peut-être pourrait-on invoquer ici le résultat obtenu par M. Michaux (de Louvain), quoique le bénéfice soit bien faible. Ce chirurgien (3) avait enlevé, en *conservant le périoste*, 7 centimètres d'humérus et 25 millimètres de cubitus, mesuré à partir de la surface articulaire, c'est-à-dire une longueur d'os de 95 millimètres. Après la guérison, le raccourcissement n'était que de 6 centimètres, dont 1 à 2 centimètres d'écartement entre les extrémités osseuses; il s'était donc produit de 15 à 25 millimètres de substance osseuse nouvelle. C'est en effet probable, d'après la comparaison des mesures; mais ce fait est bien plus sujet à contestation que celui de M. Verneuil, car M. Michaux n'a pas spécialement porté son attention sur ce point.

La formation d'une pseudarthrose mobile et libre est le but définitif de la résection du coude; son avantage le plus précieux pour les opérés. Quand même cette mobilité serait purement passive, quand les mouvements volontaires feraient complétement défaut, l'avant-bras, pouvant être porté artificiellement dans la flexion pour retomber de lui-même dans l'extension, rendrait encore plus de services que s'il était fixé invariablement par une soudure osseuse. Le malade

(1) Voy. Thou, *loc. cit.*, p. 69.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IX, p. 521.

(3) *Moniteur des Hôpitaux*, 1857, p. 212.

de M. Michaux est dans ce cas, et il peut s'habiller, faire des ouvrages de ménage, ramasser du fumier, porter des seaux d'eau et conduire une brouette chargée de 500 livres. Si défectueux qu'il soit, l'instrument dont on peut faire un pareil usage est encore bien précieux.

A quoi peut tenir cette paralysie de l'avant-bras? Il faut de suite mettre hors de cause la section des nerfs, qui ne peut retentir que sur les muscles moteurs de la main et non sur les fléchisseurs de l'avant-bras. M. Michaux pense que chez son opéré cet inconvénient provenait de la destruction des attaches inférieures du biceps et du brachial antérieur. Je ne puis partager cette opinion, car M. Lala s'exprime ainsi dans son observation : « On aurait pu craindre que la section des tendons du biceps et du brachial antérieur ne diminuât considérablement la force du membre; il n'en est rien, tant la nature est ingénieuse à réparer les pertes éprouvées. Il me semble plus probable que cette paralysie doit être attribuée à l'atrophie musculaire, qui est si fréquente et parfois si accusée dans les tumeurs blanches des membres. » Il faut bien reconnaître, dit M. Verneuil, que cette extrême atrophie est un obstacle au rétablissement prompt des mouvements. On vient de voir qu'elle peut être un obstacle absolu.

Quand on pratique la résection pour une maladie chronique des os, on obtient, dans la grande majorité des cas, une fausse articulation mobile lorsque les trois os ont été enlevés; mais cet heureux résultat est loin d'être aussi constant dans les résections incomplètes, et surtout dans les résections pour causes traumatiques. Ainsi je vois que sur les quarante opérés dont Esmarch a rapporté l'histoire, treize eurent une ankylose plus ou moins complète, neuf jouissaient d'une mobilité notable et huit seulement pouvaient exécuter des mouvements étendus. Cette proportion de treize ankyloses vraies ou fausses, mais en somme rigides, est considérable sur un total de quarante cas, et on conçoit que des chirurgiens comme Langenbeck, Stromeyer et Esmarch se soient demandé et aient recherché avec sollicitude à quoi on peut attribuer cette fréquence de l'ankylose à la suite des résections traumatiques. En pareil cas, la résection est souvent partielle; on n'enlève que l'os brisé ou broyé. Serait-ce la cause de l'ankylose? La conservation des surfaces articulaires de l'un ou de l'autre côté aurait-elle constamment ce résultat? Serait-ce plutôt le rapprochement des os après l'opération qui aurait cette fâcheuse conséquence, comme le pense Esmarch? ou bien vaut-il mieux, avec Stromeyer, subordonner le résultat à la nature du traitement consécutif institué par le chirurgien?

Sans doute l'opinion de Stromeyer serait la plus avantageuse pour

la pratique, puisqu'elle nous rendrait maîtres du succès. Mais est-il bien certain que sur les quarante résections faites pendant la guerre du Schleswig les soins consécutifs aient été assez mal administrés pour donner seulement huit succès complets ? Ce serait bien du malheur ou bien de l'impéritie. Il me semble plus rationnel d'admettre que chacune des causes signalées plus haut peut, suivant les circonstances, jouer son rôle. Et d'ailleurs une remarque me frappe. Au lieu de comparer entre elles les résections traumatiques si variables d'étendue et de complication, ne ferait-on pas mieux de les comparer d'abord à la même opération dans les cas pathologiques ? Dans ces cas, la cavité articulaire est depuis longtemps ouverte et baignée de pus, les cartilages détruits, la synoviale érodée, le périoste souvent décollé plus ou moins haut, par conséquent malade. Rien de pareil dans les traumatismes ; il y a le dégât de la blessure ; mais au moment où on opère, l'opération étant le plus souvent immédiate, aucun désordre de nature inflammatoire. Sans faire nulle violence à la raison, on peut penser que dans le premier cas le périoste et la synoviale, altérés ou détruits, sont par bonheur impuissants à reconstituer un véritable cal, une ankylose, tandis que dans le second ils conservent encore cette faculté intempestive.

C'est du reste avec réserve que je propose cette explication. Je la donne comme vraisemblable, non comme démontrée. La question vaut cependant la peine d'être résolue. En effet, si pendant l'opération, suivant sa nature ou pendant le cours du traitement, on pouvait prévoir la possibilité, la probabilité d'une ankylose, une indication nouvelle et bien importante surgirait aussitôt. On a coutume après la résection de placer le membre dans une légère flexion, 120 à 140 degrés environ, position facile pour le malade et commode pour le chirurgien. Il n'y a rien à dire si l'avant-bras recouvre ses mouvements ; mais si, au contraire, il doit en être privé, on a obtenu un résultat déplorable : la main ne peut être portée ni sur la tête ni vers la bouche ; elle est presque inutile. Il aurait fallu obtenir l'ankylose sous un angle beaucoup moins ouvert. D'où l'indication urgente, quand on craint la roideur, d'exagérer immédiatement la flexion de l'avant-bras sur le bras.

Quel que soit le motif pour lequel on ait fait la résection, la guérison est souvent longue ; on devra s'en souvenir avant de se déterminer à agir. Si parfois la cicatrisation est achevée au bout de six semaines, ce qui n'est pas commun, souvent la plaie suppure encore pendant trois, quatre ou même cinq mois. Et ce n'est là qu'une moitié de la guérison, celle-ci n'étant complète que lorsque le membre est définitivement mobile ou définitivement ankylosé. Les mouvements

peuvent augmenter d'étendue et de force pendant les deux années qui suivent l'opération ; aussi faut-il se bien garder de renoncer hâtivement aux manœuvres destinées à augmenter la mobilité. Quelquefois la cure est achevée dans un délai bien plus court ; l'opéré de M. Lala se servait de son bras trois mois après l'opération. Il est impossible d'assigner des limites précises à la guérison ; l'étendue des parties réséquées, l'état de santé de l'opéré, les influences du milieu contribuent sans aucun doute à sa rapidité ou à son retard.

Voilà donc, Messieurs, une opération qui, de quelque façon qu'on l'envisage, donne d'excellents résultats, une de celles où notre art approche le plus de la perfection. Détruire à coup sûr la maladie, n'exposer l'opéré qu'à de faibles chances de mort, ne lui faire subir que le sacrifice rigoureusement nécessaire, c'est atteindre aussi complétement que possible le but de toute exérèse. Et cependant, bien qu'en principe l'opération soit acceptée de tous les chirurgiens, elle n'est pas commune. M. Lala, exagérant la vérité, s'exprime ainsi : « La résection du coude n'a été jusqu'ici qu'une opération de luxe qu'on n'a pratiquée que dans de rares circonstances. » Je n'approuve pas l'expression, qui n'est pas juste, mais je ne puis m'empêcher de reconnaître que, pour notre pays au moins, le fait est probablement vrai.

Je disais au commencement de ce rapport que la résection du coude avait été faite vingt et une fois depuis dix ans dans les hôpitaux de Paris. Pendant le même temps, cinquante-quatre fois le bras a dû être amputé pour causes pathologiques ; de celles-ci, la plus fréquente de beaucoup, c'est la tumeur blanche du coude. Est-il bien certain que toutes ces tumeurs blanches réclamaient absolument l'amputation du bras ? Est-il bien certain qu'en aucune circonstance on ne se soit laissé aller à ce sentiment naturel qui nous porte vers l'acte le plus simple, le plus usuel, le plus radical ?

Je n'oserais répondre à ces questions ; les éléments me manquent pour le faire. Il serait nécessaire pour cela d'examiner en détail toutes les observations, et d'y rechercher si la nature et l'étendue des lésions nécessitaient rigoureusement l'amputation. Qu'importent d'ailleurs ces faits passés ? ne vaut-il pas mieux étudier quelles incertitudes peuvent, suivant le cas, faire hésiter le chirurgien et déterminer les raisons qui de l'un ou de l'autre côté peuvent faire pencher son choix ?

C'est, en somme, l'étude des indications thérapeutiques, étude d'une si haute importance qu'à mes yeux leur parfaite connaissance, leur application judicieuse, unie à un diagnostic exact et sûr, constitue la véritable supériorité dans notre profession.

Il est sans intérêt d'énoncer que la résection du coude est indiquée

pour telles lésions chroniques ou récentes, pathologiques ou mécaniques. A vrai dire, ce ne sont pas là des indications. Il se peut faire que certaine de ces maladies ou de ces lésions doive être traitée par cette méthode; mais ce n'est pas une chose nécessaire, constante; par conséquent on ne peut considérer la maladie ou la lésion comme constituant par son existence seule une indication. Celle-ci doit ressortir des conditions générales ou accessoires que présente le désordre.

Il me semble que l'inconnue, c'est-à-dire l'indication, doit se dégager de deux termes prédominants, l'état de la santé générale d'une part, la nature et surtout l'étendue de la lésion de l'autre.

Nos devanciers avaient été frappés des difficultés opératoires et de la lenteur de la guérison dans les résections. Que tous ceux, disait Moreau fils, qui les réitéreront s'attendent à avoir besoin de tout leur sang-froid. Ils en avaient conclu que, somme toute, le malade est exposé à des accidents très-graves et qu'il achète chèrement sa guérison ; le seul avantage était pour eux la conservation du membre. De façon que lorsqu'on avait affaire à un malade miné par la fièvre ou la suppuration, on regardait le cas comme peu favorable à la résection, et le membre était amputé. Cette opinion, quoique très-atténuée, prévaut encore aujourd'hui ; on la retrouve exprimée plus ou moins clairement dans la plupart des travaux sur le sujet.

Je ne crains pas d'avancer que ce raisonnement est vicieux. Je pense avoir prouvé dans les pages précédentes que la résection du coude est, toutes choses égales d'ailleurs, une opération moins grave, moins fréquemment mortelle que l'amputation du bras. Dès lors, quel souci devons-nous avoir des longues suppurations et des difficultés opératoires? Le résultat est là éloquent, indiscutable, affirmant que le danger est moindre.

Mais n'allons pas nous jeter d'une erreur dans une autre. Il faut ici faire une distinction nécessaire. Ou bien la lésion osseuse du coude est toute la maladie, et dans ce cas, quel que soit le degré d'épuisement du malade, la résection est ce qu'il y a de mieux ; ou bien il y a d'importantes complications générales : la scrofule existe, la phthisie pulmonaire s'est révélée ou menace; il faut alors s'arrêter, et tenir compte par-dessus tout de l'état diathésique.

Sur les vingt et un faits que j'ai relevés, il y a eu deux cas de mort que l'on peut très-vraisemblablement attribuer à ce qu'on n'avait pas suffisamment interrogé la constitution des opérés. Ces deux malades moururent phthisiques dans les trois mois qui suivirent la résection.

Roux eut deux insuccès de cette espèce en 1819 et 1842 ; il y en a probablement d'autres.

La situation du chirurgien est plus délicate encore s'il doit opérer un scrofuleux. C'est alors qu'il doit craindre de faire une résection incomplète, qui le conduira à une amputation tardive et peut-être inutile. C'est sans doute à des craintes de ce genre qu'il faut attribuer la rareté des résections du coude chez les enfants. En dix ans, il n'en a été fait qu'une seule, suivie de mort dans nos deux hôpitaux spéciaux. C'est que le plus souvent, dans le jeune âge, les affections articulaires sont des manifestations diathésiques, tandis que chez l'adulte elles sont mieux localisées et reconnaissent assez fréquemment des causes accidentelles ou externes.

Il faut donc s'abstenir complétement en face d'un phthisique ; pour le scrofuleux, on suivra la même conduite si l'état général est trop grave ; on fera la résection si la lésion est limitée, l'amputation si elle est trop étendue.

Mais que devons-nous entendre par ces mots : trop étendue ? Quelle longueur d'os peut-on enlever sans compromettre le résultat de l'opération ?

Il est inutile d'insister sur l'importance pratique de cette question, qui n'est examinée dans aucun de nos traités de médecine opératoire.

Les observations nous enseignent qu'on ne saurait indiquer aucune limite anatomique, c'est-à-dire qu'on ne peut regarder comme un précepte de s'arrêter toujours à une insertion musculaire ou à tout autre point fixe. Non, ce n'est pas parce qu'on aura coupé les insertions du brachial antérieur ou du biceps, que l'opération échouera ; nous avons déjà vu que notre confrère M. Lala avait été entraîné à faire ce sacrifice sans inconvénients pour son malade. Mais, en revanche, un échec est plus que probable à la suite d'une résection peu étendue, si on n'a pas complétement dépassé les limites de l'altération pathologique.

Ce but est atteint dans la grande majorité des cas en enlevant de 4 à 8 centimètres d'os, moitié pour le bras, moitié pour l'avant-bras. On peut aller beaucoup plus loin ; ainsi, M. Verneuil a réséqué 8 centimètres d'humérus et 3 centimètres de cubitus et de radius ; M. Michaux, 7 centimètres d'humérus, 7 centimètres de radius et 25 millimètres de cubitus ; M. Lala, 8 centimètres d'humérus et 6 centimètres des deux os de l'avant-bras. Ces trois opérés sont guéris. On peut donc, sans rien compromettre, enlever 14 à 15 centimètres d'os ; il paraît probable que la résection peut être portée plus loin de l'articulation sur l'humérus que sur les deux os de l'avant-bras, qui, croisés par des vaisseaux et des nerfs importants et recevant des insertions mus-

culaires variées, se prêtent moins bien à une dénudation étendue.

De l'examen que je viens de faire, il résulte : qu'on ne doit pas opérer les malades atteints d'une affection diathésique non guérie ou non enrayée ;

Que la résection du coude doit toujours être préférée à l'amputation du bras, si la lésion est limitée, quel que soit le degré d'affaiblissement du malade ;

Que la résection ne sera utilement praticable que si les désordres pathologiques n'occupent pas plus de 12 à 14 centimètres d'étendue, limites qui ouvrent un vaste champ à nos moyens d'action.

Cette dernière conclusion s'applique également aux cas traumatiques et aux cas pathologiques.

Reste une dernière indication bien rare et dont je ne dirai que quelques mots ; je veux parler de l'ankylose vicieuse du coude. Faut-il blâmer ou approuver une résection faite en pareille circonstance? Faut-il y encourager les chirurgiens ou les dissuader d'agir ainsi ? C'est affaire de simple bon sens. Une ankylose est une infirmité et non une maladie. Il n'y a donc jamais urgence à opérer ; mais si l'infirme a un membre absolument inutile, si cet état le condamne à la misère ou l'empêche de satisfaire aux exigences les plus communes et les plus simples de la vie, si enfin il vous supplie, même au prix de dangers, d'améliorer sa situation en lui rendant un avant-bras mobile, ou au pis-aller fixé dans une position favorable, quelle bonne raison verrez-vous à lui opposer? Sans doute sa vie ne courait aucun risque, et, par le fait de l'opération, elle va être menacée; mais nous savons que les chances de mort sont ici bien faibles, et si, comme cela doit être, l'opéré est jeune, si sa santé générale est bonne, elles seront moindres encore. Est-ce qu'un certain nombre d'opérations analogues et au moins aussi dangereuses, la résection pour les pseudarthroses des diaphyses, la rupture ou la résection du col vicieux ne sont pas passées dans la pratique? Pourquoi agirions-nous différemment pour l'ankylose vicieuse du coude? Je ne le vois pas; aussi, dans ma pensée, le chirurgien qui opère en pareille circonstance, sur le désir formellement exprimé par son malade, se conforme aux principes les mieux établis de notre art.

Depuis la première résection du coude pratiquée par Moreau père, suivant son procédé, un grand nombre de modifications ont été proposées et exécutées. Ces modifications sont devenues des procédés, les uns à peu près oubliés, les autres vulgaires. Les chirurgiens éminents qui m'entourent n'attendent pas de moi une fastidieuse description de tous ces modes opératoires. Ce serait d'ailleurs sortir de mon

rôle de rapporteur, mais je présenterai quelques remarques qui me sont suggérées par l'opération de M. Lala.

Guidé sans doute par l'étendue des lésions osseuses, et peut-être aussi désirant obtenir une liberté d'action qui suppléât à son manque d'habitude, il a fait choix du procédé de Moreau. En présence de l'opinion divergente de ses confrères, appelé pour la première fois à faire la résection du coude dans des circonstances graves, il a opéré de la manière la plus commode et la plus sûre pour lui.

Il n'a fait que suivre le conseil et l'exemple de bien des chirurgiens; c'est ainsi que Roux a opéré pendant de longues années; si j'en crois M. Lefort, Symes serait, après différents essais, revenu à cette pratique, qui est aussi celle de M. Sédillot. Le procédé de M. Velpeau n'est qu'une modification de détail de celui de Moreau. Ces brèves citations suffisent pour légitimer le choix de M. Lala.

Quoiqu'elle ait donné de nombreux succès et qu'elle soit encore pratiquée par quelques chirurgiens distingués, l'opération primitive de Moreau est à peu près universellement abandonnée. Dès que les résections furent devenues plus communes et que celle du coude en particulier eut été reconnue très-accessible à toute main un peu exercée, on ne tarda pas à constater que le procédé de Moreau laissait une plaie énorme, béante, mal disposée pour la réunion, et par suite très-lente à guérir. On chercha donc à restreindre autant que possible le dégât opératoire en diminuant l'étendue des incisions extérieures, et bientôt apparurent presque en même temps les procédés de Roux, de Liston, de Jæger.

Tous les trois ont ce caractère commun de ne nécessiter que deux incisions en forme de ⊢ renversé; mais tandis que Liston et Jæger ont surtout pour but de ménager sûrement le nerf cubital en le recherchant d'abord, Roux, plus préoccupé de la facilité du pansement, porte au côté externe de l'article l'incision verticale que les deux chirurgiens étrangers faisaient au long du nerf cubital. Ce fut là une amélioration remarquable adoptée rapidement par les chirurgiens contemporains. A l'étranger, les procédés de Jæger et de Liston, qui sont presque identiques, prévalurent, comme on peut le voir par le récit médical de la guerre du Schleswig (1), tandis qu'en France Roux eut de nombreux imitateurs. Aussi est-il de toute justice de conserver son nom à ce procédé opératoire, et doit-on s'étonner de voir M. Malgaigne décrire comme appartenant à M. Nélaton un procédé qui est manifestement celui de Roux.

Mais déjà ce besoin de progrès qui nous pousse sans cesse et

(1) *Gaz. hebd.*, 1858, page 49.

nous fait parfois saisir l'ombre pour la proie, portait quelques chirurgiens à enchérir encore dans cette voie des incisions restreintes. M. Maisonneuve (1), après avoir obtenu des succès par le procédé de Liston, en y ajoutant la section préalable de l'olécrâne, l'abandonnait pour le procédé de Parck à une seule incision postérieure; M. Chassaignac (2) exécutait un procédé dont il a donné la description dans le premier volume des *Mémoires de la Société de chirurgie*. Ce procédé n'a pas obtenu l'assentiment des membres de la Société ; on lui reprochait do donner une plaie mal disposée pour l'écoulement du pus, et bien que cela ne constitue pas un défaut majeur, c'est au moins un inconvénient réel. Une commission composée de Vidal (de Cassis), MM. Laugier et Robert, observait « que ce procédé nécessite uno très-longue incision, ce dont il faut déjà tenir compte; mais le fait dont elle a été surtout préoccupée, c'est que le nerf cubital se trouve dans la partie la plus profonde de la plaie, et que lorsqu'on agit sur des tissus déformés, tuméfiés, indurés, l'isolement de ce nerf doit être difficile et peu sûr ». Enfin, disait Lenoir, voici une objection plus sérieuse encore: ce procédé ne permet pas d'apprécier à temps les altérations des extrémités articulaires avant do les réséquer ; tandis, et tous les chirurgions le savent, qu'il importe de mettre à nu les surfaces osseuses préalablement à leur ablation, afin de constater d'abord jusqu'à quel point et dans quelle étendue elles sont malades. Et M. Chassaignac reconnaissait la justesse de l'objection et l'inconvénient de cette division des os avant leur examen suffisant.

Qu'ajouterai-je à ces critiques, à la dernière surtout, qui signale non une imperfection légère, mais un véritable vice de méthode en vertu duquel on manque le but nécessaire de toute résection articulaire? Ce but ne sera atteint que si on est sûr d'enlever tout ce qui est altéré.

Il me semble donc qu'on peut ainsi poser les conditions d'une résection bien conduite : ménager autant que possible les parties molles sans gêner les manœuvres opératoires, et en obtenant la disposition la plus favorable aux pansements et à la réunion, reconnaître avec certitude l'étendue des lésions ; être assuré, au moment où on applique la scie, de dépasser la limite des altérations.

Pour satisfaire à ce programme, j'enseignai à l'École pratique un procédé dont je me croyais l'auteur, mais que j'ai reconnu depuis être celui de M. Thore pour les incisions cutanées, et celui de Liston

(1) *Bull. de la Soc. de chirurgie*, t. I, pages 317, 473, 731.
(2) *Id.*, page 675.

pour le reste de l'opération. Je perds ainsi mes droits d'inventeur, mais je les troque avec avantage contre une sanction clinique nombre de fois répétée. Voici l'indication sommaire de ce procédé : incision verticale juste sur le milieu de la face postérieure du coude; elle pénètre jusqu'aux os et ouvre l'articulation, si on a soin de redresser le manche du bistouri, petite incision horizontale sur l'interligne huméro-radiale, venant tomber perpendiculairement sur la première. On dissèque, ou mieux on racle avec un grattoir bien tranchant les deux lambeaux externes, et on voit l'articulation s'ouvrir largement dans ce sens. Il est facile alors d'introduire le doigt recourbé en crochet dans l'intérieur même de l'articulation, et d'attirer en dedans toutes les parties molles du côté interne de la plaie verticale. Comme les ligaments latéraux externes sont déjà coupés, les os peuvent être partiellement luxés en dehors, et on peut en toute sécurité et sans gêne ruginer l'épitrochlée et le cubitus. On voit bientôt saillir l'extrémité articulaire de l'humérus dont on racle le périoste jusqu'au delà de l'altération, et on enlève ce qu'on veut de cette extrémité. Puis on procède de la même façon pour les os de l'avant-bras.

En agissant ainsi on sait toujours ce qu'on fait, où on est, puisqu'on suit rigoureusement les surfaces osseuses; enfin, on ne court aucun risque de couper le nerf cubital, parce qu'au moment où on est le plus près de lui, il est encore caché par la capsule articulaire, les ligaments latéraux et sa propre gaîne; si bien qu'on ne l'aperçoit pas pendant toute la durée de l'opération, et qu'il est absolument inutile de le rechercher.

Si, par suite d'un accident quelconque, ce nerf venait à être divisé, il n'en faudrait pas concevoir une inquiétude exagérée, car les observations de Syme, de Roux, et les récentes recherches de MM. Philippeaux et Vulpian sur la régénération des nerfs, ont prouvé que les extrémités séparées ne tardent pas à se réunir, et que les fonctions se rétablissent au bout de quelques mois.

Le manuel opératoire que je viens de décrire me semble constituer le meilleur procédé général à suivre, s'il ne se présente aucune indication particulière. Mais la variété même des procédés et leurs heureux résultats nous prouvent qu'il ne faut pas avoir de préférence exclusive, et que la forme et la direction des incisions extérieures n'ont qu'une importance de second ordre. Aussi ne faudrait-il pas hésiter à modifier un peu le trajet du bistouri, pour enlever des fongosités volumineuses et peu vivaces, pour profiter du trajet d'une plaie, quelle qu'en fût l'origine. On achèverait ensuite l'opération comme je l'ai indiqué.

Il y a un cas particulier où ce procédé ne pourrait plus être employé dans son ensemble; si on faisait la résection pour une ankylose, il est clair qu'il n'y aurait ni facilité ni avantage d'aucune sorte à essayer de désarticuler avant d'enlever les os; il faudrait alors pratiquer une do ces résections en masse, que je rejetto absolument pour les cas pathologiques ou traumatiques les plus fréquents.

Qu'ils se servent de la scie ordinaire, de la scie à chaîne ou d'un instrument plus compliqué, les chirurgiens ont l'habitude de couper les os perpendiculairement à leur axe. Cependant M. Sédillot conseille de faire cette section obliquement et en sens inverse pour l'os du bras et ceux de l'avant-bras, de façon que lorsque celui-ci a été fléchi à angle droit, les os se rencontrent par des surfaces unies et régulières. On ne peut attribuer ce conseil qu'à une erreur de raisonnement. Je comprends bien l'avantage d'une semblable disposition, si on désire obtenir une réunion osseuse, une soudure des deux segments du membre; mais quand au contraire on recherche l'établissement d'une fausse articulation, il faut se garder de tout ce qui peut s'y opposer. En supposant que la pseudarthrose se forme, je demande ce qu'on aura gagné à avoir des extrémités osseuses taillées en biseau ? Il est peu probable que ce soit une amélioration.

La conservation du périoste doit être envisagée à deux points de vue bien distincts. Le périoste est la membrane nourricière et la principale source de régénération des os. On peut donc se proposer, en le ménageant, d'obtenir une sorte de reconstitution plus ou moins parfaite des saillies articulaires. Quels que soient les progrès de cette intéressante question envisagée en général, notre expérience est bien légère pour ce qui est, en particulier, de la résection du coude. L'avenir seul peut nous renseigner à cet égard. J'appelle l'attention de mes collègues sur la conséquence de certains faits signalés dans le cours de ce rapport. Si, comme je l'ai supposé, l'intégrité du périoste était la cause fréquente des ankyloses dans les résections traumatiques, il faudrait en conclure qu'on devrait le détruire dans ces cas spéciaux avec autant de soin qu'on le conserverait pour les cas pathologiques.

Au point de vue opératoire, la conservation du périoste a un immense avantage qui se résume en deux idées simples : sécurité absolue dans la manœuvre, diminution considérable dans l'étendue de la plaie. En effet, il est clair que si, dans une résection, votre rugine ne quitte jamais la surface propre de l'os, si le périoste vous séparo comme une barrière de toutes les parties molles, vous ne risquez jamais de toucher aucun organe autre que cet os et ce périoste que vous séparez; vous faites juste ce qu'il faut, et rien que cela. Entro

l'arbre et l'écorce, il n'y a pas de place. De plus, toute la cavité de la plaie, qui représente le moule osseux, est sèche, exsangue; ce n'est pas, à vrai dire, une surface traumatique, mais le périoste avec ses qualités utiles de résistance physique et vitale; il n'y a plus de plaie véritable que la trace des incisions premières, et on peut ainsi toucher le terme de l'opération sans avoir fait couler plus de quelques gouttes de sang.

Je suis tellement convaincu de la supériorité de cette manière d'agir, que je n'ai jamais fait autrement dans toutes les opérations sur le système osseux que j'ai été appelé à pratiquer jusqu'ici, et je n'en ai retiré que des avantages incontestables.

J'ai terminé, Messieurs, l'examen des questions qu'a soulevées dans mon esprit la lecture attentive du travail de M. le docteur Lala. Ce travail a paru intéressant à votre Commission; mais, comme le mémoire ne renferme pas de fait nouveau ou saillant, elle a pensé qu'il convenait de vous proposer les deux conclusions suivantes :

1° Publication de l'observation de M. Lala dans nos *Bulletins;*

2° Dépôt honorable dans nos *Archives* du mémoire qui y est joint.

Tumeur blanche de l'articulation du coude; carie des os; résection des trois extrémités articulaires; guérison, par M. le docteur Lala (de Rodez). — Le nommé X..., boulanger, âgé de quarante-huit ans, demeurant rue Bourguet-Neuf, à Rodez, a tous les attributs de la constitution lymphatique.

Il y a deux ans environ, il éprouva un gonflement douloureux du coude, qui céda sous l'influence d'une médication antiphlogistique. Quelques mois s'écoulèrent ainsi, dans un état de demi-souffrance qui, sans permettre au malade l'usage régulier de son membre, ne l'inquiétait cependant pas assez pour lui faire prendre des précautions nécessaires.

Bientôt, on effet, l'articulation se gonfla de nouveau, la douleur devint plus intense, les mouvements de l'avant-bras plus difficiles.

Des abcès se forment autour du coude; des incisions sont pratiquées, du pus s'écoule en abondance; l'articulation est ouverte; les moyens d'union, les surfaces articulaires sont altérés: la tumeur blanche est formée.

Le mal, en s'aggravant, finit par ébranler l'organisme tout entier. Suppuration abondante, inflammation violente de tout l'article, fièvre intense, troubles digestifs et autres accidents graves, semblent annoncer une fin prochaine. Tout à coup cette violente poussée inflammatoire se calme; l'inflammation du coude passe à l'état chronique, et la tumeur blanche suit dès lors lentement son cours. Telle était la

situation du malade au moment où nous avons été appelé à lui donner nos soins.

La constitution générale était profondément affaiblie; il y avait maigreur du corps, bouffissure de la face, insomnie et troubles des fonctions digestives. Le coude était gros et volumineux, criblé de trajets fistuleux sur les quatre faces : en avant, trajet fistuleux ; au pli du coude, trajet fistuleux partant de l'article et allant se terminer au tiers moyen de la face antérieure de l'avant-bras; sur le bord interne, trajet fistuleux correspondant à l'article ; deuxième trajet fistuleux correspondant à l'humérus 4 centimètres au-dessus de la ligne articulaire. Du côté du bord externe, une large ouverture correspondant à l'articulation et remplie d'un champignon volumineux qui recouvrait la tête du radius luxée en arrière. Un deuxième trajet fistuleux se terminant sur l'humérus, placé à quatre travers de doigt au-dessus de cette excavation. Des bourrelets fongueux bordaient ces conduits fistuleux. Le pus, malgré son abondance, pouvait facilement s'écouler. Le stylet, promené dans l'article, trouvait les surfaces articulaires à nu. L'humérus était carié à quatre travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire; le cubitus et le radius dénudés dans leur quart supérieur. Les cartilages, les ligaments, avaient complétement disparu; les muscles seuls tenaient rapprochés de l'humérus les os de l'avant-bras. L'organisme luttait en vain depuis deux ans; le malade était épuisé par la suppuration et les souffrances; les fonctions digestives ne se faisaient plus. Il fallait prendre un parti.

Nous pensâmes qu'il était prudent de soumettre le malade au régime tonique avant d'en venir à une opération. Huile de foie de morue, préparations de fer et de kina, etc., rien ne fut négligé. Le bras et l'avant-bras furent mis dans une gouttière en gutta-percha pliée à angle droit, pour prévenir les mouvements du coude et obtenir l'immobilité des surfaces articulaires. En même temps, des injections iodées d'après la formule de M. Velpeau furent faites dans les trajets fistuleux, pour ranimer la vitalité des tissus et prévenir l'infection putride. Nous l'avions vu faire avec succès par notre maître M. Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie. Ce traitement aboutit à un insuccès complet. Les forces du malade étaient épuisées. Il fallut prendre une résolution extrême. Nous avions à choisir entre la résection et l'amputation. Notre confrère M. le docteur Bonnefous, appelé en consultation, rejeta la résection comme difficile à pratiquer, à cause de l'étendue des désordres. Après mûre réflexion, nous nous rangeâmes à son avis. Le malade, instruit de notre décision, refusa formellement de consentir au sacrifice de son bras.

En présence de cette détermination, nous n'avions plus le choix; la résection du coude devait être faite.

Nous pratiquâmes l'opération le 20 mars 1858, assisté de nos honorables confrères MM. les docteurs Bonnefous et Coc, et de M. Galy, pharmacien, dont nous ne saurions trop louer l'adresse et le zèle.

Après avoir chloroformé le malade et l'avoir plongé dans un sommeil complet, nous fîmes sur le bord externe du coude une première incision parallèle à l'axe du membre; une deuxième incision, partant de l'extrémité supérieure de la première, pour aller rejoindre son extrémité inférieure, permit d'enlever les chairs fongueuses qui correspondaient à la tête du radius. A travers cette nouvelle ouverture, nous pûmes avec le doigt mesurer l'étendue des lésions intra-articulaires. Incision le long du bord interne du bras, parallèle à l'incision du bord externe. Une deuxième incision perpendiculaire aux incisions parallèles a été pratiquée sur la face postérieure du coude, au niveau de l'olécrâne. Ces trois incisions réunies constituaient un H et décrivaient deux lambeaux quadrilatères.

Le lambeau supérieur a été disséqué de bas en haut, jusqu'au point où nous avons trouvé le périoste et l'os parfaitement sains, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessus de la ligne articulaire. Disséquant ensuite de haut en bas le lambeau inférieur, nous avons mis à nu la tête du radius et du cubitus sur une étendue de trois travers de doigt au-dessous de l'article.

L'espace compris entre l'olécrâne et l'épitrochlée se trouvant dégagé, il a été facile de dénuder la gaîne du nerf cubital et de la projeter sans effort au-devant de l'épitrochlée. Après avoir détruit les derniers vestiges des ligaments latéraux postérieurs, l'articulation est ouverte, les extrémités articulaires sont mises à découvert. Les parties molles sont disséquées d'abord sur la face antérieure de l'humérus; l'os est scié à quelques millimètres au-dessus des dernières limites du mal. Mettant ensuite à nu par la dissection les extrémités du radius et du cubitus, nous les avons sciées à trois travers de doigt au-dessous de la ligne articulaire (1). Les tendons du biceps et du brachial antérieur n'ont pas été épargnés; nous tenions à enlever tout le mal.

Ces divers temps de l'opération se sont accomplis sans répandre

(1) De nouveaux renseignements fournis par M. Lala nous apprennent qu'il a été enlevé 8 centimètres d'humérus, 6 de radius et 6 de cubitus, mesuré à partir de la surface articulaire horizontale. Aujourd'hui (mai 1862), le raccourcissement du membre est de 13 centimètres.

(*Note du rapporteur.*)

beaucoup de sang ; la torsion ou les aspersions d'eau froide ont suffi pour en arrêter l'écoulement. Les parties molles placées en avant de l'articulation, les artères , les veines , les nerfs , tout avait été soigneusement épargné. Les extrémités des os étaient parfaitement saines au point où nous les avions sciées. Mais il nous restait en arrière deux lambeaux quadrilatères beaucoup trop longs, et dont la face interne, formée par des chairs molles , fongueuses et presque sans vie, pouvait compromettre le succès de l'opération en rendant impossible toute réunion immédiate. Les lambeaux ont été excisés, 4 centimètres sur leur longueur , 2 centimètres environ dans leur épaisseur ; nous avons obtenu ainsi des moignons présentant des faces régulières constituées par des chairs fermes et pleines de vie , de nature, en un mot, à donner lieu à la réunion par première intention. Il y a donc eu à la fois résection des parties molles et résection des os. Nous avons voulu enlever tout le mal, afin que la nature pût arriver sans effort à une guérison prompte. Et c'est peut-être là le secret du succès dans la résection du coude. Les os sont ensuite rapprochés ; les lambeaux quadrilatères sont unis par des points de suture. Pour mieux rapprocher les surfaces saignantes , pour mieux tenir en respect les parties molles, des bandelettes de sparadrap sont méthodiquement appliquées. Le membre tout entier est placé dans une gouttière en gutta-percha pliée à angle droit et ouverte en arrière, de manière à pouvoir faire et renouveler les pansements à volonté sans imprimer le moindre mouvement au coude. Des plumasseaux cératés, des compresses, ont complété le pansement. — Diète sévère pendant trois jours ; tisane d'orge.

Le troisième jour, le pansement est en partie renouvelé.

Rien de particulier jusqu'au dixième jour ; tous les points de suture sont enlevés , et nous remarquons que la réunion immédiate a eu lieu sur presque tous les points.

Le vingtième jour, la gouttière est nettoyée , le pansement renouvelé dans son entier , mais non sans provoquer de la douleur. — Bouillons , potages , viandes rôties , quelques cuillerées de vin de Bordeaux.

Au bout d'un mois , le bras renfermé dans la gouttière est soutenu par une écharpe ; le malade sort et va faire une petite promenade. — Il est de nouveau soumis au régime tonique , au vin de quinquina , à l'eau ferrée, aux viandes rôties, au bon vin, etc.

Bientôt le malade trouve la gouttière trop gênante ; il demande à s'en débarrasser ; la cicatrisation se fait rapidement.

Trois mois se sont à peine écoulés que le malade se sent assez fort pour pouvoir s'habiller et se déshabiller lui-même , couper du pain

et porter un seau d'eau à la main avec son bras malade. La nouvelle articulation jouit de mouvements étendus; ce qui nous a le plus étonné, c'est la force de la main et de l'avant-bras. Il est facile toutefois de s'en rendre compte : d'un côté par lo raccourcissement qui en résulte, et de l'autre par la conservation des masses musculaires, dont la réunion immédiate a rétabli la continuité des fibres. On aurait pu craindre que la section des tendons du biceps et du brachial antérieur ne diminuât considérablement la force du membre ; il n'en est rien, tant la nature est ingénieuse à réparer les pertes éprouvées.

Voilà donc un hommo présentant une tumeur blanche du coude avec les désordres les plus étendus et les plus graves, luttant contre la souffrance depuis deux ans, oscillant dans les derniers mois entre la vie et la mort; le voilà, trois mois après, débarrassé de son mal; guéri avec un bras plus court, il est vrai, mais assez fort pour qu'il puisse se suffire à lui-même. S'il possède aujourd'hui son bras et sa liberté, il le doit au progrès de la science.

Cette observation nous démontre que la résection peut être tentée avec succès même dans des cas très-graves, et qui de prime abord sembleraient réclamer l'amputation du bras.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Je ne partage point l'opinion de M. Trélat sur quelques sujets. Ainsi M. Trélat attribue à M. Maisonneuve un procédé qui est de Park.

M. TRÉLAT. J'ai dit que Roux avait perfectionné un procédé, mais je n'ai pas dit que M. Maisonneuve, qui avait fait quelques modifications à ce procédé, en fût l'inventeur.

M. CHASSAIGNAC. On me reproche, dans mon procédé, de faire une incision trop longue. Mais mon incision n'est pas plus longue que dans le procédé de Moreau. La plus longue incision des procédés à incisions multiples me suffit très-largement.

On m'objecte que, pour le coude, je m'expose à blesser le nerf cubital. Ce reproche n'est pas fondé. Après avoir coupé l'extrémité inférieure de l'humérus avec la scie à chaîne, on a la possibilité de disséquer le nerf cubital, en l'amenant pour ainsi dire au dehors.

Enfin, on a attaqué un principe que je crois le meilleur en fait de résection, à savoir : qu'il vaut mieux sectionner l'os avant d'ouvrir l'articulation. Avec cette méthode, je puis me passer de fairo de trop larges incisions, auxquelles j'attache de grands inconvénients. Ainsi, pour l'extrémité supérieure de l'humérus, la désarticulation de la tête est difficile dans les cas ordinaires; mais si on sectionne d'abord l'os,

cette désarticulation est très-simple. Pour l'extrémité inférieure du péroné, si on voulait désarticuler d'abord, on aurait les plus grandes difficultés ; par mon procédé, au contraire, tout s'exécute facilement.

Ainsi, mon procédé présente les avantages suivants : l'incision unique, n'exposant point à l'inflammation des gaînes synoviales, des tendons èt de tous les tissus voisins de l'articulation, facilite pour la manœuvre opératoire, sans avoir recours à des lambeaux qui occasionnent des délabrements trop considérables.

Enfin, je dirai en terminant que M. Trélat prend trop facilement son parti de la section d'un nerf. Pour moi, sans contester les résultats des expériences modernes sur la cicatrisation et la régénération des nerfs, je regarde leur section comme très-grave.

M. VERNEUIL. M. Trélat a fait allusion à un cas de résection du coude pratiquée par moi, à l'hôpital des Enfants, en 1860. Je crois qu'il y aura quelque intérêt à avoir les détails de ce fait, qui est resté inédit.

C'était une jeune fille, grande, d'une très-mauvaise constitution et ayant déjà subi une amputation de cuisse. Elle avait une arthrite du coude qui présentait des douleurs assez modérées. Tout à coup, sans cause connue, il lui survint une inflammation phlegmoneuse très-étendue.

Comme on pouvait espérer qu'elle vivrait, on devait penser à la résection de ce coude, et, après avis, je pratiquai une opération qui était hardie. Elle fut suivie de succès. L'appétit revint, les forces se rétablirent, l'amaigrissement disparut par une nourriture abondante et tonique. Trois jours s'écoulèrent, lorsqu'il survint de l'anorexie, de la tristesse, si bien qu'à la fin la jeune fille refusa toute alimentation et succomba. La plaie était presque guérie.

J'ajouterai que M. Trélat a très-fidèlement décrit ce qui a lieu quand on peut passer entre le périoste et l'os. J'ai été assez heureux pour pouvoir le faire dans une résection à Beaujon. Dans celle des Enfants malades, je ne pus y parvenir, à cause des stalactites osseuses très-fortes et très-nombreuses ; alors je me décidai à ouvrir l'articulation, et je fis ensuite la section de l'humérus avec la scie, tandis qu'avec la pince de Liston je coupai le cubitus et le radius.

M. TRELAT. Je remercie M. Verneuil des renseignements qu'il nous fournit ; mais ils ne changent rien dans mon rapport.

J'ajouterai que depuis douze ans l'opération de M. Verneuil a été la seule pratiquée aux Enfants malades. La résection du coude est très-rare dans cet hôpital, parce que les enfants qu'on y amène sont souvent tuberculeux ou scrofuleux. Je n'ai rien à dire sur la manière

d'opérer de M. Verneuil. Quant à moi, j'ai employé le grattage des os avec la rugine, et je m'en suis très-bien trouvé.

Je répondrai à M. Chassaignac que la longueur de l'incision est peu importante : ce n'est pas là un argument à charge contre son procédé. Quant au nerf cubital, il faut le ménager. Dans son procédé, M. Chassaignac, avec sa grande habileté, peut bien ne pas le couper, mais un autre trouvera sa manœuvre difficile.

Mais ce qui est grave pour cette méthode, c'est qu'il faut commencer par couper un os dont l'altération est encore ignorée dans sa profondeur et dans son étendue. Je trouve plus logique d'ouvrir d'abord l'articulation et d'exciser ensuite les parties altérées.

Je regarde la section du nerf cubital comme très-fâcheuse ; mais si cet accident arrive, la guérison peut très-bien ne pas faire défaut ; voilà tout ce que j'ai dit.

M. Chassaignac nous a dit que, dans son procédé, le traumatisme est peu étendu. Je proteste contre cette assertion, parce que les chairs sont tiraillées, déchirées, contuses dans la profondeur et dans une grande étendue. Enfin, dans le procédé de M. Chassaignac, on ne peut pas décortiquer le périoste.

Ainsi, qu'il s'agisse des procédés de Roux, de M. Thore, de Liston, dans tous je reconnais un traumatisme moindre que dans celui de M. Chassaignac. Avec eux, au moyen d'une incision un peu plus grande, on opère à l'aise et l'on évite beaucoup de dégâts involontaires.

M. RICHARD. Je voudrais demander quelques explications. D'après le rapport de M. Trélat, il semblerait que les surfaces articulaires saines devraient être respectées. Cette manière de voir ne me paraît pas justifiée. Il est des cas, en effet, où, avec des surfaces saines, il convient de pratiquer la résection. Ainsi, toutes les fois qu'il y a des fongosités, il ne faut pas hésiter à retrancher les surfaces articulaires. C'est là un principe qui domine toute l'histoire des résections.

M. TRÉLAT. Je sais que M. Malgaigne est opposé aux résections incomplètes. Il a observé un cas qui a été suivi de mort après une semblable opération. Mais un seul cas ne peut être un motif de détermination. Je sais qu'on a fait des résections incomplètes pour des traumatismes de la hanche, de l'épaule et du coude. C'est à étudier. Je ne comprends pas que l'on fasse la résection du coude pour une arthrite fongueuse. Pour moi, la résection ne doit être pratiquée que pour une altération osseuse.

M. RICHARD. L'incident que je viens de soulever me paraît être de la plus haute importance. Oui, je suis disposé à opérer pour une

arthrite fongueuse. C'est là la véritable tumeur blanche. Je vais même plus loin, et je dis que les plus mauvaises tumeurs blanches sont précisément celles qui respectent le plus les os. On est donc autorisé à pratiquer la résection pour des tumeurs blanches fongueuses. Les Anglais nous ont précédés depuis longtemps dans cette voie, et quand ils trouvent les surfaces saines, ils ne négligent pas de retrancher ces surfaces en même temps que les fongosités.

M. TRELAT. Je n'ai pas abordé le point sur lequel M. Richard vient d'appeler notre attention. Je n'ai point d'observations personnelles ni de faits recueillis dans les journaux.

M. CHASSAIGNAC. M. Trélat a dit qu'il fallait être très-habile pour exécuter mon procédé. Je crois que tout le monde pourra faire la résection sans blesser le nerf cubital. Quant à savoir quelle est l'étendue de l'altération de l'os, je pense que l'incision que je pratique en premier lieu peut me l'indiquer, et si elle n'est pas suffisante pour cela, je n'ai qu'à l'agrandir un peu.

M. TRELAT. Je crois qu'en ouvrant d'abord l'articulation, on s'assure beaucoup mieux de la nature et de l'étendue de la lésion des os, de son siége en dehors ou en dedans. Croit-on que s'il avait employé la méthode de M. Chassaignac, M. Michaux (de Louvain) aurait enlevé 7 centimètres du radius et 2 centimètres seulement du cubitus? Mais ayant ouvert d'abord l'articulation, il a pu mesurer toute l'étendue de la lésion, et il a agi d'après cette connaissance.

M. LE PRESIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont :

1° De publier dans le *Bulletin* l'observation de M. Lala;

2° De déposer honorablement le mémoire de M. Lala dans les archives de la Société.

La Société adopte ces conclusions.

— M. le président propose et la Société adopte que le rapport de M. Trélat sera publié dans les *Bulletins*.

COMMUNICATION.

M. RICHET commence la lecture d'un mémoire sur les fractures du sourcil cotyloïdien, et présente en même temps la pièce qui a fait le sujet de son observation.

Fracture d'une portion du sourcil cotyloïdien antérieur et externe et des épines iliaques antérieures. — M. RICHET. Voici une pièce à mon sens très-intéressante, et que le hasard a fait tomber entre mes mains de la manière que voici : Le nommé L... (Jacques), âgé de cinquante-neuf ans, était entré dans mon service il y a quinze

jours environ, pour y être traité d'un écrasement de l'avant-bras droit. L'interne de garde, qui fut appelé pour lui donner les premiers soins, le reconnut pour un malade auquel l'année précédente on avait réduit dans un service de chirurgie une luxation de la cuisse en avant. Il crut devoir m'en prévenir le lendemain, pensant avec raison que je serais curieux d'examiner le malade à ce point de vue.

Je constatai alors que cet homme pouvait porter en tout sur son membre abdominal droit, celui même qui avait été luxé, sans éprouver aucune douleur ni difficulté; il m'affirma d'ailleurs, à plusieurs reprises, qu'il pouvait faire d'assez longues courses sans trop de fatigue.

Des accidents d'infection purulente s'étant manifestés peu de jours après son entrée, et le malade ayant succombé, j'enlevai la pièce anatomique, et je priai mon collègue M. Denonvilliers de bien vouloir m'assister dans la dissection.

Après avoir successivement enlevé toutes les parties molles qui entourent la capsule, nous arrivâmes sous cette dernière, que nous trouvâmes parfaitement intacte et sans trace de lésions récentes ou anciennes. Ceci bien constaté, nous incisâmes circulairement cette capsule à un centimètre au-dessous du rebord cotyloïdien, et l'articulation fut trouvée en parfait état, sans altération des surfaces articulaires et avec intégrité du ligament rond.

Des doutes sérieux s'élevèrent alors dans notre esprit sur la réalité de la luxation qui m'avait été annoncée; je relus séance tenante l'observation qui m'avait été remise par M. de Gaulejac, l'interne du service dans lequel la luxation avait été réduite, et je restai convaincu, ainsi que M. Denonvilliers, qu'il devait y avoir eu là, sinon une erreur de diagnostic encore inexplicable, au moins un diagnostic incomplet. Il nous vint à l'idée qu'il pouvait bien y avoir eu une fracture du sourcil cotyloïdien, et comme il existait à la partie antérieure et externe de la cavité cotyloïde une irrégularité osseuse, nous enlevâmes avec soin le périoste qui recouvrait en ce point l'os iliaque, tant du côté du bassin qu'à l'extérieur.

Nous vîmes alors clairement, ainsi que tout le monde peut le constater sur cette pièce, qu'une portion considérable du sourcil cotyloïdien, qu'on peut évaluer au tiers externe et antérieur de ce rebord aminci, avait été le siége d'une fracture qui comprenait en même temps la portion de l'os iliaque sur laquelle il repose, ainsi que les deux épines iliaques antérieures.

Voici maintenant les questions qu'il s'agit de résoudre. Y a-t-il eu seulement fracture? Y a-t-il eu fracture et luxation simultanées? Cette dernière a-t-elle été complète ou incomplète? Ou bien enfin y

a-t-il eu luxation sans fracture, cette dernière existant depuis longtemps et antérieurement à la luxation ?

Avant de chercher à résoudre ces diverses questions et à en tirer quelques déductions pratiques qui ne vous paraîtront peut-être pas sans intérêt, je crois qu'il serait bien important que le collègue dans le service duquel le malade a été traité il y a sept mois environ pour cette lésion voulût bien nous donner aujourd'hui les renseignements qu'il m'a obligeamment communiqués déjà, sachant que je devais faire cette présentation. La discussion se trouvera ainsi avoir une base plus solide, et nous pourrons arriver à une conclusion. Pour moi, je crois déjà pouvoir dire à l'avance qu'il y a eu fracture et luxation incomplète simultanément, et ce qui me fait admettre la luxation, ce sont les détails de réduction dans lesquels est entré le rédacteur de l'observation; il me semble impossible; en effet, qu'il ait pu y avoir erreur à ce point qu'on ait entendu le bruit caractéristique de la rentrée de la tête dans sa cavité. Seulement il me paraît évident que la fracture n'a pas été reconnue, et c'est là un point important sur lequel je dois attirer l'attention de la Société.

Ce qui me paraît démontrer péremptoirement que la fracture était récente, c'est d'abord l'examen attentif du cal.

Dans la dernière séance notre collègue M. Broca avait pensé que la consolidation était si parfaite et le cal si complétement ossifié, que la solution de continuité pouvait bien remonter à un temps beaucoup plus reculé que la date indiquée de sept mois. Mais je ferai d'abord observer que dans ces sortes de fractures, où les fragments sont presque immobiles, la consolidation s'effectue très-rapidement; c'est au point que, dans un cas de luxation avec fracture du sourcil cotyloïdien et du fond de la cavité articulaire, rapporté par M. Maisonneuve (*Revue médico-chirurgicale*, tome XVI, page 48), le fragment principal était si parfaitement réuni au vingt-septième jour, que l'on eut quelque peine à le reconnaître.

Ajoutons d'ailleurs que si sur la pièce que nous avons sous les yeux, le cal est effectivement très-complet dans beaucoup de points, il en est quelques-uns cependant, comme ceux qui sont du côté de la fosse iliaque interne, où il est encore incomplet et comme cartilagineux, puisque, ainsi qu'on peut s'en assurer, l'ongle y pénètre sans difficulté.

D'ailleurs, pour se rendre compte d'une fracture remontant à une époque reculée, il faudrait admettre que, par une étrange coïncidence, le malade aurait été antérieurement à son dernier accident soumis à une grande violence dans cette même région, violence dont il n'aurait conservé aucun souvenir, ainsi qu'il résulte des investigations

auxquelles je me suis livré lorsque j'ai appris qu'il avait été atteint d'une luxation de la hanche.

Rien ne prouve donc qu'il ait eu autrefois une fracture du bassin ; tout s'accorde au contraire à démontrer que cette lésion était récente.

La fracture du sourcil cotyloïdien étant admise, reste à discuter la question de la luxation. Or il suffit de relire les détails de l'observation publiée par notre collègue M. Béraud pour lever tous les doutes ; la présence d'une saillie arrondie au-devant du pubis, d'autant plus facile à reconnaître qu'ici l'épaisseur des parties molles est peu considérable, le changement de position du membre, le soin avec lequel tous les autres symptômes de la luxation sont notés, enfin et surtout la disparition de tous les symptômes et la réduction obtenue après les inhalations de chloroforme, tout, à mon sens, prouve qu'il y avait effectivement déplacement de la tête du fémur à travers la longue brèche faite à la cavité articulaire par la fracture du sourcil cotyloïdien.

Seulement, et c'est ici que je me trouve en désaccord avec notre distingué collègue M. Béraud, je ne saurais admettre qu'il y ait eu luxation complète.

Je pense, au contraire, que le déplacement de la tête du fémur n'a pas été considérable; qu'il n'y a eu, en un mot, qu'une *luxation incomplète*. Les raisons sur lesquelles je me fonde, je les tire, d'une part, des symptômes observés pendant la vie, et d'autre part, de l'examen de la pièce pathologique.

Ainsi il est noté dans l'observation que le raccourcissement réel est tout au plus d'un centimètre, et qu'en examinant avec attention le pli de l'aine, on y trouve une tumeur globuleuse située à *un centimètre au-dessous* d'une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne.

Or, dans les luxations complètes, le raccourcissement réel est beaucoup plus considérable, et d'autre part, la tête du fémur remonte au-dessus de la ligne ilio-pubienne ou se place au moins à son niveau.

Mais d'ailleurs, si la luxation eût été complète, si la tête du fémur se fût portée complétement hors de sa cavité, n'aurait-on pas trouvé quelques traces de déchirures de la capsule, inévitables dans ces cas, ainsi que l'ont prouvé constamment les autopsies de ces sortes de luxations? Enfin le ligament rond aurait-il échappé à la rupture ?

Pour mon compte, je ne saurais admettre que la tête puisse sortir complétement de la cavité sans rupture du ligament rond, et je partage complétement l'avis de M. Malgaigne, qui regarde la persis-

tance du ligament rond comme témoignant que le déplacement n'a pas été considérable. (Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations*, tome II, p. 278). (Voir pour la suite la séance du 21 mai.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 14 mai 1862.

Présidence de M. Depaul, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Cornaz, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital de Neufchâtel, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, les brochures suivantes :

1° *Périchondrite laryngée ayant nécessité la trachéotomie;*

2° *Amputation tibio-tarsienne* (procédé Pirogoff) ;

3° et 4° *Deux cas de tétanos traumatique guéris par le tartre stibié à haute dose;*

5° *Voyage médical en Belgique et en Hollande;*

6° *De la fracture de l'un des condyles du fémur;*

7° *Mouvement de l'hôpital Pourtalès de 1855 à 1860*;

En outre, un *Rapport médico-légal sur un individu trouvé mort à la suite d'une rixe,* par MM. Cornaz et Reynier. Neufchâtel, 1860 ; in-8°.

— M. Larrey montre deux dessins dont il avait fait mention dans l'avant-dernière séance au sujet de l'observation de rhinoplastie communiquée par M. Verneuil. Ces dessins représentent, d'une part, la mutilation du nez ; d'une autre part, la cicatrice de la première opération de *rhinoraphie* pratiquée autrefois par Larrey père, et offrant de l'analogie avec le cas dont il a été question. (Voyez Larrey, *Clinique chirurgicale,* t. II, p. 13; 1829.)

M. Larrey communique ensuite, de la part de M. le docteur Martin, médecin aide-major de 1re classe, la traduction d'une observation de luxation du tibia sur l'astragale par rotation, tirée du *Journal de médecine militaire italienne.*

COMMUNICATION.

Déchirure complète du périnée s'étendant sur la cloison recto-vaginale, datant de huit ans. — Périnéorrhaphie, avivement oblique de la muqueuse vaginale au niveau de la cloison, et n'intéressant nulle part la muqueuse rectale; fils métalliques, suture vaginale entrecoupée, suture périnéo-rectale enchevillée, suture cutanée. — Succès complet et rapide. — Inutilité des incisions latérales, de la section du sphincter, etc. — M. VERNEUIL. La périnéorrhaphie est une opération simple, bien connue, bien décrite, et qui a réussi fréquemment entre les mains de la plupart des chirurgiens; elle compte de nombreux procédés très-habilement conçus, et qui ne laissent guère place à des innovations importantes. Cependant il m'a paru qu'elle pouvait être à la fois perfectionnée et simplifiée : perfectionnée par l'application de quelques moyens qui n'ont point été créés pour elle, mais bien pour la réunion beaucoup plus difficile des fistules vaginales; simplifiée par la suppression de certaines opérations adjuvantes qui la compliquent, l'aggravent, et n'ont pour but que de favoriser la réussite de la suture. Il m'a semblé que l'on rendrait un service si, en améliorant l'opération fondamentale (la suture proprement dite), on arrivait à se dispenser des opérations accessoires (incisions libératrices, section du sphincter anal, dissection d'un lambeau vaginal, etc.).

C'est ce qui m'a décidé à communiquer le récit d'une opération heureuse, pour laquelle je n'ai rien inventé, me contentant de faire de l'éclectisme, et de n'employer que les moyens rigoureusement nécessaires.

Mme S..., âgée de vingt-huit ans, d'une excellente constitution, accoucha pour la première fois en 1854. Le travail fut très-long, et sa terminaison fut confiée à la nature. Une fille, actuellement vivante, en fut le résultat. Une douleur très-vive fut ressentie dans les derniers moments. Le rétablissement fut prompt, et depuis cette époque Mme S... donna naissance à deux autres enfants. Le premier accouchement avait eu lieu en Angleterre. Lorsque le terme de la deuxième grossesse fut arrivé, le docteur Bernard, médecin ordinaire de la famille, reconnut que le périnée avait été largement lésé; il apprit alors que Mme S... avait éprouvé depuis sa première délivrance les inconvénients de la lésion susdite, mais qu'elle n'en avait jamais parlé, croyant que telles étaient chez toutes les femmes les suites naturelles de l'enfantement. Le deuxième accouchement se fit heureusement et facilement. Peut-être la déchirure de la cloison augmenta-t-elle, car l'incontinence rectale et ses suites se prononcèrent davantage. Deux

ans après, troisième parturition, facile comme la précédente. A plusieurs reprises, M. le docteur Bernard engagea Mme S... à se faire opérer; enfin elle s'y décida, et vint à Paris dans les premiers jours d'avril.

Je l'examinai avec M. le docteur Gombault, et nous constatâmes les particularités suivantes :

La vulve et l'anus ne forment qu'une fente commune. En écartant ses bords, on aperçoit, à 3 centimètres environ de profondeur, le bord de la cloison recto-vaginale séparant la moitié supérieure de la paroi inférieure du vagin de la cavité rectale. Cette cloison est mince, comme tranchante; elle présente pourtant vers le milieu de son bord libre un renflement arrondi et saillant, qui, avec les deux bords latéraux de la fissure écartés, figure assez exactement une luette grosse et courte entre deux piliers. Cette éminence est constituée par la colonne postérieure du vagin qui a échappé à la déchirure.

Les bords latéraux de la solution de continuité sont minces dans l'étendue d'un bon centimètre, où ils ne sont formés que par la superposition exacte des parois rectale et vaginale. Cette portion, qui n'a guère que 5 millimètres d'épaisseur, répond certainement à cette partie de la déchirure qui a porté autrefois sur la cloison. Plus bas, les bords augmentent progressivement d'étendue à mesure qu'on se rapproche de la fesse; ils sont recouverts d'une cicatrice lisse, souple, qu'avec un peu d'attention on distingue des parois rectale et vaginale, quoiqu'elle se trouve sur le même plan. Comme cela arrive dans les déchirures anciennes, on ne reconnaît pas au premier abord les deux moitiés du périnée à la saillie qu'elles pourraient faire vers la ligne médiane. La courbure est uniforme et régulière depuis la commissure antérieure de la vulve jusqu'à la commissure postérieure de l'anus, et cependant, j'insiste sur ce point, on arrive à distinguer assez nettement ce qui appartient au vagin, au rectum, à la peau, et enfin à la matrice. En effet, tandis que cette dernière est lisse et glabre, la muqueuse vaginale a conservé ses rides et ses papilles; la peau offre des poils de diverses dimensions, et enfin la muqueuse rectale se reconnaît surtout à sa coloration vive, qui tranche nettement sur la pâleur des parties voisines. Cette dernière particularité est importante, car je me suis attaché à respecter complétement cette muqueuse rectale dans l'avivement et dans le passage des sutures, et je dois dire que l'accomplissement de cette précaution n'a présenté aucune difficulté sérieuse.

Je dois ajouter que la surface de cicatrisation n'offrait point la forme triangulaire à base cutanée qu'on lui attribue classiquement, et qui n'appartient qu'aux déchirures récentes; elle est plutôt ova-

laire, très-droite du col de la cloison, ne mesurant guère qu'un centimètre à son union avec la peau, plus large au contraire dans l'intervalle qui répond à l'orifice inférieur du vagin.

Grâce aux soins de propreté rigoureusement observés, la vulve, l'anus et les régions voisines n'offrent ni rougeur ni ulcération. La muqueuse vaginale est saine. L'utérus est un peu abaissé, mais non prolapsé cependant.

Depuis de longues années la malade s'est soumise constamment à un régime sévère, pour assurer la constipation artificielle. Elle fait usage de préparations astringentes, et reste ordinairement trois ou quatre jours sans aller à la garde-robe. Le moyen qui agit le mieux est le café à l'eau. Quand Mme S... en prend deux ou trois tasses dans une même journée, la constipation est assurée pour trois ou quatre jours. Cependant les gaz intestinaux ne sont point retenus, et si les matières fécales sont un peu molles, elles s'échappent involontairement. Il en résulte une préoccupation constante et des précautions incessantes qui fatiguent la malade, et ont peut-être contribué avec le régime à produire un état de chloro-anémie assez prononcé. D'autres raisons de l'ordre moral décident Mme S... à tenter un essai de cure radicale.

La menstruation est régulière, les grands appareils fonctionnent bien, et la résolution énergiquement prise.

L'opération est décidée pour le 17 avril. Six jours après la cessation des règles, je prescris un purgatif l'avant-veille; mais l'émotion provoque à elle seule une diarrhée abondante, et le médicament n'est pas donné. Un bain, des lavements à l'eau fraîche sont administrés la veille et le matin même de l'opération, qui est pratiquée à la campagne, dans une habitation très-confortable, admirablement exposée, et réunissant à un haut degré toutes les conditions d'une hygiène irréprochable (1).

La malade est posée dans la position de la taille. Nous tentons l'anesthésie; mais après avoir usé notre provision de chloroforme (125 grammes), nous n'obtenons qu'une insensibilité imparfaite. L'avivement seul ne fut pas douloureux. L'opérée revint à elle lors

(1) On m'avait laissé libre de décider si l'opération aurait lieu à Paris dans un hôtel, aux environs de Paris dans une maison de santé, ou chez la malade elle-même en rase campagne. Je choisis cette dernière résidence, convaincu que j'augmenterais singulièrement les chances de la réunion immédiate, et que je diminuerais de même les chances d'accidents inflammatoires ou autres. Le choix du milieu est à coup sûr d'une importance capitale.

du passage des fils, et souffrit pendant le reste de l'acte opératoire, qui dura longtemps encore ; elle en supporta les souffrances avec une inébranlable fermeté. Très-bien secondé par MM. les docteurs Bernard, Frestel et Gombault, je procédai de la manière suivante :

Les fesses sont écartées de chaque côté par un aide. Lo spéculum américain est placé dans le vagin, la convexité de la valvo répond à l'arcade pubienne. La région est ainsi parfaitement accessible et bien éclairée ; les bords de la déchirure sont tendus et d'un abord facile. Pour être sûr d'obtenir des deux côtés une surface saignante d'égale dimension, je trace avec la pointe du bistouri la limite exacte des deux facettes d'avivement. En arrière, l'incision longe la muqueuse rectale sans l'intéresser, et en laissant même entre elle et la plaie d'avivement un petit liséré longitudinal d'un millimètre de largeur ; de cette façon j'évite la muqueuse intestinale. En revanche, et pour obtenir une surface d'adhésion suffisante, je dépasse hardiment les limites qui séparent la cicatrice de nouvello formation du vagin en avant et de la peau en bas. Peu importe, en effet, de rétrécir quelque peu le vagin et la vulve, et chez une femme mère do trois enfants, l'étoffe de co côté ne faisait point défaut.

Je n'enlève que l'épaisseur de parties molles rigoureusement nécessaire, c'est-à-dire qu'avec un bistouri très-tranchant j'abrase très-superficiellement des deux côtés, sacrifiant une couche de moins d'un millimètre. Les deux surfaces saignantes ainsi produites avaient la forme d'un triangle à base cutanée de 3 centimètres, à bords antérieurs et postérieurs un peu moins étendus, et so continuant avec la surface d'avivement des bords de la déchirure de la cloison. Pour aviver ceux-ci, j'observai les mêmes règles que pour la fistule vésico-vaginale, c'est-à-dire que je respectai complétement la muqueuse rectale et ménageai même le liséré de sa soudure avec la muqueuse vaginale. C'est aux dépens de celle-ci que je créai tout autour de l'angle de la déchirure une surface saignante en forme de fer à cheval, large de plus d'un centimètre, et formée par l'abrasion des couches les plus superficielles de la muqueuse. Je dénudai de la même manière toute l'éminence médiane, que j'ai dit plus haut être formée par la saillie isolée de la colonne postérieure du vagin.

Il résulte de ces détails que j'ai apporté à l'avivement une modification assez notable. Au lieu d'aviver perpendiculairement et d'enlever par conséquent dans toute la hauteur de la déchirure une languette de la muqueuse rectalo, j'ai partout ménagé cette dernière. De plus, en respectant sa soudure avec la muqueuse vaginale et la cicatrice de nouvelle formation, j'ai évité de pénétrer dans la couche

de tissu cellulaire lâche qui la sépare des autres tuniques intestinales. Le mince liséré conservé tout le long du bord rectal m'a permis plus tard de passer les fils à suture près de la même muqueuse sans la comprendre dans l'anse des fils. De cette façon je n'ai, lors de la coaptation, nullement diminué la capacité du rectum et de l'orifice anal. Enfin, au niveau de la cloison, au lieu d'affronter seulement des languettes de 5 millimètres, telles que l'avivement perpendiculaire me les aurait fournies, j'ai mis en contact des surfaces de plus d'un centimètre, obtenues aux dépens du vagin par l'incision faite en dédolant.

Cette manière de faire, un peu minutieuse à la vérité, mais qui n'exige cependant que de l'attention, assure, si je ne me trompe, la réunion, et prévient quelques accidents *suturés*. Lorsque l'écoulement sanguin, d'ailleurs minime, fut arrêté, je passai les sutures : 1° du côté du vagin, 2° du côté du périnée. Je plaçai cinq points sur la muqueuse vaginale, absolument comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale. Ils étaient à 6 millimètres environ les uns des autres; le premier placé un peu au-dessus du sommet de la déchirure; le dernier, à l'endroit où devait se trouver la future commissure vulvaire. Les trois points supérieurs répondaient à la cloison; les trois inférieurs à la face vaginale du périnée proprement dit.

Tous les fils furent placés à l'aide de petites aiguilles légèrement courbées vers la pointe, et comme s'il s'agissait d'une fistule recto-vaginale, c'est-à-dire qui prendraient la muqueuse vaginale à un bon centimètre du bord avivé. Ils rampaient obliquement sous cette tunique et ne réunissaient qu'elle seule. Même au niveau des points supérieurs, les fils n'atteignaient point la muqueuse rectale.

Pour le périnée, j'usai de la suture entortillée, et je plaçai d'avant en arrière trois fils distants d'un centimètre environ et pénétrant à des profondeurs diverses. Je suis forcé d'entrer ici dans quelques détails, pour faire comprendre la modification que j'ai fait subir à cette suture.

Dans le procédé ancien, le fil moyen formait une anse plus longue que l'antérieur et le postérieur; en effet, l'aiguille plongée à travers la peau se dirigeait en haut et en dedans et venait sortir sur la lèvre de la déchirure, tout près du sommet de cette dernière, rampant ainsi dans l'épaisseur de la partie inférieure de la cloison, à distance égale des faces vaginale et rectale; puis l'aiguille plongée en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors et de haut en bas, complétait l'anse, qui par sa position devait rapprocher et affronter le sommet du V formé par la déchirure, ou en d'autres termes, réunit la

cloison déchirée de manière à prévenir la persistance d'une fistule recto-vaginale.

Les deux autres anses étaient conduites beaucoup moins profondément, l'une du côté du vagin, l'autre du côté du rectum; il résultait de cette disposition que les deux moitiés du périnée étaient bien rapprochées du côté de la peau, mais très-imparfaitement du côté du vagin, du rectum et surtout au niveau de la cloison, c'est-à-dire dans l'endroit le plus mince où un affrontement étroit diminuait considérablement les chances d'adhésion primitive. Ce qui démontre que ce procédé était défectueux, c'est la fréquence des fistules recto-vaginales à la suite des opérations de Roux et de ses imitateurs.

En effet, pour peu que les lèvres de la plaie bâillent du côté du rectum, une parcelle de matière fécale ou même les gaz intestinaux, très-nuisibles à la réunion immédiate, s'interposent dans la fissure et font manquer l'adhésion; aussi quelques chirurgiens ont-ils conseillé de placer de haut en bas sur la muqueuse rectale quelques points séparés, ou même de pratiquer une suture en surjet. Mais la muqueuse intestinale supporte mal la constriction et le contact des corps étrangers; puis, l'ablation des sutures rectales, peu facile à cause de l'étroitesse de l'anus, pourrait compromettre le succès d'une adhésion encore faible, de sorte qu'il m'a paru préférable de remplir la même indication en évitant les inconvénients de la suture rectale directe. Je crois y être parvenu en faisant de la suture enchevillée une suture périnéo-rectale, et voici comment :

Pour placer le fil périnéal le plus antérieur, je plongeai l'aiguille à quinze millimètres du bord gauche de la plaie, à quelques millimètres en arrière de la surface vaginale du futur périnée; je la dirigeai de bas en haut, de dehors en dedans et d'avant en arrière, et fis sortir sa pointe tout proche de la muqueuse rectale, c'est-à-dire dans le liséré que j'avais ménagé le long de cette muqueuse en faisant l'avivement.

En traversant symétriquement et en sens inverse les parties molles de la lèvre droite de la plaie, je complétai cette première anse, dont le sommet se trouvait à cinq ou six millimètres seulement de l'angle supérieur de la déchirure; la seconde suture, qui occupait la partie moyenne du périnée, fut placée de la même manière; mais elle avait moins d'étendue verticale, car le sommet de son anse traversait le liséré rectal à un centimètre environ au-dessous du premier point.

Enfin, le troisième point, très-rapproché de l'anus, embrassait encore une moindre hauteur de parties molles, tout en parcourant un trajet analogue. Ces trois sutures échelonnées remplissaient parfaitement le but; elles rapprochaient fortement vers la ligne médiane les

parties profondes du périnée, et sans intéresser directement la muqueuse rectale, affrontaient cependant fort exactement ses deux lèvres, comme je pus m'en assurer en portant doucement mon doigt dans le rectum, examen qui me démontra du même coup que les anses des sutures ne se sentaient aucunement dans l'intestin.

L'ablation des fils ainsi placés ne présente ni difficultés ni danger pour la réunion effectuée.

Lorsque les cinq points vaginaux et les trois points du périnée furent en place, je substituai des fils métalliques d'argent d'un quart de millimètre aux fils de soie préalablement introduits, ce qui se fit sans aucune difficulté. Puis, la plaie soigneusement lavée à l'eau froide, abstergée et débarrassée des caillots, je procédai à la réunion. Je serrai d'abord les fils vaginaux en les tordant à la manière de M. Sims; puis, serrant fortement sur les trois fils inférieurs, j'affrontai du même coup la moitié du périnée et la muqueuse rectale. La première série de sutures avait reconstitué l'orifice vulvaire; la seconde reforma un orifice anal très-régulier. Les fils du périnée étaient simples; pour les fixer sur les chevilles (deux bouts d'une sonde ordinaire de gomme élastique de 4 millimètres de diamètre), j'enfilai chacun des six chefs métalliques dans une petite aiguille à suture courte et forte, avec laquelle je traversai de part en part les chevilles à distance convenable, après quoi chaque chef fut assujetti à l'aide d'un coulant de plomb comprimé avec une forte pince.

Comme cela s'observe habituellement avec la suture enchevillée, les parties profondes étaient très-bien adossées; mais, entre les chevilles, les parties molles formaient un bourrelet saillant d'avant en arrière, avec un hiatus médian répondant à la peau. Pour réunir celle-ci, je plaçai très-superficiellement deux points de suture entrecoupée avec des fils de soie très-fins.

Tout étant terminé, une injection froide abondante fut poussée dans le rectum et le vagin, la région fut lavée, essuyée, et la malade reportée dans son lit.

L'opération proprement dite avait duré plus d'une heure; mais la réunion, de quelque côté qu'on l'examinât, ne laissait rien à désirer. La région avait repris sa configuration normale de la façon la plus complète. L'urine fut évacuée au moyen du cathéter, et bientôt après l'opérée prit une tasse de bouillon et s'endormit quelques moments.

Arrêtons-nous quelques instants sur le procédé opératoire : on trouvera peut-être que la complication en est grande, et l'on m'opposera des cas nombreux où la réussite a été obtenue à bien moins de frais; à quoi je répondrai qu'on ne publie guère les insuccès, et qu'en présence des modifications et des additions qu'on a successivement fait

subir aux procédés primitifs *trop simples*, il faut soupçonner que la nécessité ou l'expérience ont inspiré ces complications successives. Pour assurer la réunion, qui n'est pas aussi constante qu'on pourrait le croire d'après les faits publiés, on a recommandé les sutures vaginale, rectale et périnéale associées ; puis toutes les variétés de la suture et jusqu'aux instruments unissants ; dans la crainte de la persistance d'une fistule recto-vaginale et pour soustraire la plaie au contact des matières *vaginales*, M. Langenbeck a imaginé un procédé bien plus compliqué encore, puisque, dans ce but spécial, il décolle au loin la muqueuse vaginale pour en faire un lambeau qu'il abaisse jusqu'à la vulve ; enfin, comme opération adjuvante, et pour éviter la tension des lèvres réunies ou les violences exercées par les matières fécales, on a pratiqué sur les côtés de la suture périnéale de larges incisions libératrices, ou bien l'on a divisé sous la peau ou à ciel ouvert le sphincter anal d'un côté ou même en deux endroits.

Si l'on considère que j'ai supprimé ces accessoires qui ne manquent pas de gravité, et que je les ai remplacés par les seules ressources de la synthèse, on m'accordera qu'à la longueur près de l'acte opératoire, j'ai pratiqué une opération plus simple, et qui cependant réunissait des chances suffisantes de succès.

En effet, j'avais pour réunir plusieurs cordes à mon arc, si je puis employer cette locution vulgaire, j'avais en effet deux sutures bien distinctes : l'une vaginale, l'autre périnéo-rectale (je fais abstraction des points cutanés) ; or, la réussite d'une seule de ces sutures assurait le résultat.

Supposons l'adhésion réalisée seulement du côté du vagin, où elle était bien probable, tout le reste manquant, la paroi antérieure du périnée était reconstituée, et je me trouvais dans les conditions d'une fistule anale médiane et antérieure ; quelques jours après l'incision, la cicatrisation secondaire se chargeait de compléter la cure ; si, au contraire, la suture périnéo-rectale était seule couronnée de succès, l'intestin était fermé, et j'avais une simple plaie longitudinale de la muqueuse vaginale et de la commissure de la vulve, déjà recouverte de bourgeons charnus.

Ce n'est pas sans y avoir mûrement réfléchi que j'ai mis de côté les opérations adjuvantes dont je vous parlais tout à l'heure ; mais comme je crois qu'elles ne doivent pas être érigées en règle et qu'elles doivent être réservées pour des cas très-exceptionnels, je dirai que dans le cas présent elles auraient été tout à fait superflues.

A quoi peuvent répondre en effet les incisions latérales que Dieffenbach appliquait si libéralement ? A faire cesser une tension notable des parties réunies et à remédier par la migration des parties

voisines à une perte de substance produite par la lésion primitive. Or ici, après la réunion, il n'y avait aucune tension, le rapprochement s'était fait sans difficulté, et l'affrontement était aussi exact que possible. Dès lors il était tout à fait contre-indiqué de faire au périnée deux entailles profondes, douloureuses à pratiquer, longues à cicatriser, et laissant la porte ouverte à tous les accidents des plaies.

J'en dirai tout autant de l'incision du sphincter. La réunion effectuée, j'introduisis mon doigt dans l'anus. Cet orifice avait conservé des dimensions suffisantes ; il était partout souple et extensible. Je supposai donc qu'à l'époque de la première défécation il céderait facilement et n'opposerait à l'issue des matières fécales qu'une résistance modérée. D'ailleurs je comptais reculer le plus possible la première garde-robe, et j'avais l'espoir qu'à cette époque la cicatrice serait assez solide pour soutenir l'effort, surtout si l'on prenait toutes les précautions nécessaires pour l'amoindrir. Je ferai d'ailleurs remarquer que, d'après la manière dont j'avais fait l'avivement, je n'avais point diminué la dimension de l'anus, et que de plus, en ne comprenant dans les sutures ni la muqueuse rectale, ni la tunique musculaire de l'intestin, ni le sphincter, j'évitais presque à coup sûr les causes d'irritation qui provoquent les contractions et le ténesme, et prédisposent à la section prématurée des lèvres réunies.

En résumé, j'étais guidé par une idée générale que j'aurai quelque jour l'occasion de développer, c'est-à-dire que les procédés autoplastiques sont essentiellement destinés à remédier aux lésions *accompagnées de pertes de substance* ; mais que, lorsque cette particularité manque, il faut se contenter des réunions simples ou *raphies*, en exécutant celles-ci avec toutes les précautions nécessaires et en utilisant toutes les nouvelles conquêtes de la médecine opératoire. C'est par cette raison que dans les petites fistules péniennes, dans les fistules vésico-vaginales, dans la restauration des lèvres, etc., je m'abstiens des décollements et des incisions à distance ; mais en revanche je multiplie les points de suture, j'emploie les fils métalliques, j'affronte de larges surfaces avec l'avivement oblique, etc.

Mais revenons à la périnéorrhaphie. Les chirurgiens sont divisés sur un point très-important du traitement consécutif ; les uns veulent qu'on entretienne soigneusement la liberté du ventre, et qu'on maintienne toujours les selles liquides par des laxatifs et des lavements. Les autres, au contraire, recherchent la constipation artificielle prolongée le plus possible, afin d'obtenir l'immobilité complète de la région opérée jusqu'à ce que la réunion soit solide. J'ai adopté cette nouvelle manière de faire, qui exige, à la vérité, de grandes précautions lorsque arrive la première défécation. La constipation s'ob-

tient par l'usage de l'opium. Je fis prendre tous les jours 10 centigrammes d'extrait thébaïque, ce qui réussit d'autant mieux que de longue date Mme S... était accoutumée à n'aller à la selle que tous les quatre ou cinq jours.

Un autre point du régime offre une grande importance, je veux parler de l'alimentation. Les chirurgiens français sont dans l'habitude de soumettre à la diète ou du moins à un régime très-réduit les femmes qui subissent des opérations de ce genre ; ils recherchent, si je puis ainsi m'exprimer, la constipation par défaut de matières fécales. Je suis d'un avis tout à fait opposé, et je partage complétement à cet égard l'opinion de M. Baker-Brown : je donne aux opérées des aliments substantiels, très-nourrissants, laissant, à la vérité, fort peu de résidus ; bouillons concentrés, viandes rôties, œufs, vin de Bordeaux, boissons glacées pour étancher la soif, le tout généreusement accordé, en satisfaisant l'appétit de la malade. J'ai remarqué qu'une telle alimentation s'accorde fort bien avec l'usage des opiacés ; et je pense même qu'elle corrige efficacement l'action souvent nuisible que les narcotiques exercent en cas d'abstinence ; il est inutile d'ajouter que la diète prolongée imposée à une malade que l'opération surprend en bonne santé provoque des accidents généraux bien connus, lesquels nuisent singulièrement au travail si nécessaire de la réunion immédiate.

Telles furent les bases adoptées dans le traitement consécutif de Mme S... : décubitus dorsal ; les cuisses rapprochées, maintenues autant que possible ; compresses d'eau fraîche souvent renouvelées ; injections froides vaginales et périnéales ou la décoction de camomille ; cathétérisme répété toutes les trois heures, tels furent les moyens employés. Il y eut apyrexie complète, soif modérée, appétit régulier, sommeil suffisant.

Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, la malade se plaignit toutefois d'une douleur assez vive au périnée. M. Bernard, examinant la région le lendemain matin, constata que le fil médian du périnée exerçait une constriction trop forte, et qu'à son niveau la sonde de gomme servant de cheville pressait sur la peau assez fortement pour l'avoir ulcérée superficiellement du côté gauche et y avoir creusé un sillon ; il coupa les grains de plomb qui fixaient les chefs du fil, et aussitôt la douleur cessa. Cet accident n'eut pas de suite.

Le 24 avril, c'est-à-dire le huitième jour, je me transportai près de la malade pour enlever les sutures. La réunion du côté du vagin était aussi complète que possible ; les fils n'avaient rien coupé ; ils étaient absolument aussi fixes que lors de leur application. Du côté du périnée, le bourrelet médian, formé par la pression latérale des

deux chevilles, était effacé, et sur la ligne médiane la réunion était parfaite ; les deux points de suture faits avec la soie fine n'avaient pas coupé les parties molles fort étroites cependant qu'elles étreignaient.

Les fils de la suture enchevillée n'étaient nullement mobiles ; ils n'avaient donc pas coupé les parties du côté des parties profondes. Bien au contraire, toute la pression exercée par eux avait porté sur les chevilles qui déprimaient assez fortement la peau. J'enlevai facilement la pointe antérieure et postérieure ; quant au fil du point moyen, je ne pus le retrouver. J'explorai cependant le fond de la petite plaie occasionnée par la pression de la cheville. Nous ne savions trop si ce fil, délivré des deux coulants de plomb qui le fixaient, était tombé pendant les pansements, ou s'il s'était au contraire retiré profondément dans les chairs. Dans le doute, je ne crus pas prudent de fatiguer la région par des explorations prolongées, et je ne voulus pas même pratiquer le toucher rectal. Je comptais bien que le fil, grâce à sa rigidité, se frayerait une route et se montrerait bientôt soit à l'extérieur, soit dans le rectum, et qu'on en ferait sans peine l'extraction, supposition que la suite justifia.

En somme, le résultat était complet. Des dix points de suture, pas un n'avait manqué. Les orifices vulvaire et anal étaient reconstitués, et la région avait repris sa forme et ses dimensions normales. Le nouveau périnée avait tout près de 3 centimètres d'avant en arrière.

L'opium fut continué à la dose de 5 centigrammes. Du reste, les besoins de défécation n'avaient pas encore paru.

Pour assurer la solidité de la réunion périnéale, j'appliquai une bandelette de linge fin de 2 centimètres de large et de 5 centimètres de long, que je collai transversalement sur le périnée nouveau avec du collodion. Ce moyen protecteur fut continué pendant huit jours ; il me parut soutenir très-bien les parties réunies, et je n'hésite pas à en conseiller formellement l'emploi en pareil cas. Tout étant concerté du reste pour la fin du traitement consécutif, je partis, considérant la guérison comme assurée.

Cependant la petite plaie causée par la pression de la cheville avait persisté du côté gauche du périnée ; elle était entretenue par le fil métallique que nous n'avions pas retiré. La malade sentit un petit picotement superficiel le 3 mai, et elle retira elle-même le fil, qui était donc resté seize jours en place sans déterminer d'accidents ; quarante-huit heures après, la plaie était fermée. Trois jours auparavant, les besoins de la défécation s'étant fait sentir (après treize jours de constipation), on administra un verre d'eau de Sedlitz et des lavements huileux ; la première selle se fit très-aisément, sans

douleurs et sans accidents. La malade commençait déjà à se lever dans sa chambre.

Les dernières nouvelles que j'ai reçues sont du 11 mai. « Mme S..., m'écrit le docteur Bernard, est complétement guérie. Les selles sont régulières, et les fonctions du rectum entièrement rétablies ; la cloison recto-vaginale reconstituée présente une épaisseur normale, qu'on constate en introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin ; le périnée mesure plus d'un centimètre de la vulve à l'anus. C'est un succès complet. »

Comme chirurgien, je ne puis m'empêcher d'attribuer en partie cette réussite au procédé que j'ai mis en usage ; mais je dois reconnaître qu'elle a été singulièrement favorisée par le milieu si salubre dans lequel j'ai opéré, et par les soins intelligents et assidus qui ont été prodigués à la malade par les honorables confrères qui m'ont assisté.

Je veux appeler l'attention de la Société sur les points suivants :

1° Nécessité de faire la suture sur les deux côtés du triangle et non sur les trois, la suture rectale n'étant pas nécessaire.

2° Il ne faut pas intéresser la muqueuse rectale ; la muqueuse du vagin est plus tolérante, on évite ainsi le ténesme de l'anus.

3° Je crois que les fils métalliques sont très-bons dans cette opération.

5° Depuis Dieffenbach, on a beaucoup insisté sur la nécessité des débridements pour assurer la réunion des bords de la déchirure. Pour cela, on a employé les incisions latérales, qui ont eu peu de succès en France, mais qui ont été adoptées en Angleterre et en Allemagne. On a conseillé dans ce but la section du sphincter de l'anus, et en Angleterre M. Baker-Brown fait la section dans deux points. Langenbeck, dans le but de prévenir une fistule recto-vaginale, a disséqué la muqueuse et l'a descendue en tiroir pour la coudre au périnée. Toutes ces opérations sont très-complexes, dangereuses, et je pense qu'on peut arriver à obtenir de bons résultats sans les employer, et par des moyens beaucoup plus simples et moins nuisibles.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la section du sphincter anal à la suite de la périnéorrhaphie est utile et indiquée dans certains cas. Certainement j'ai pu réussir dans quelques cas par l'ancien procédé, mais j'ai eu quelques revers. En effet, quand on a fait le ravivement complet et qu'on rapproche les surfaces, on ne laisse à l'orifice anal nouveau qu'une très-petite étendue. Au-dessus de cet anus rétréci,

l'intestin fait poche, et plus la suture est solide, plus il y a accumulation : d'où les efforts qui disjoignent les parties réunies. Avec la section du sphincter anal, on remédie à tous ces accidents. Et quand on fait la section en arrière, il y a peu d'inconvénients en rapport des avantages qu'on en retire.

M. HUGUIER. Nous savons tous combien facilement échoue l'opération de la fistule à l'anus qui siége sur le raphé périnéal en avant ou en arrière de l'anus, et quand on est assez heureux pour obtenir la cicatrisation, elle est très-longue à se faire. Je crois que cela est dû à ce que le raphé du sphincter anal est déchiré, de sorte que les fibres musculaires qui le composent, et qui se prolongent sur cette ligne médiane dans presque toute l'étendue du périnée, écartent les lèvres de la plaie. Chez la femme, le sphincter du vagin et le sphincter anal sont en continuité et unissent leur action pour produire cet écartement. Or ces muscles, ainsi que le transverse, sont plus ou moins développés, et les chances de guérison plus ou moins favorables suivant les sujets ; c'est pour combattre cette tendance que les chirurgiens ont eu raison de faire des sections.

Or, si M. Verneuil a réussi, il faut l'attribuer à ce qu'il a fait une triple suture : quoiqu'il dise n'en avoir fait que deux, il en a réellement fait trois, dont une rectale ; et à ce que peut-être la femme qu'il a opérée manquait de sphincter vaginal, ce muscle s'étant atrophié par suite de son inaction trop longtemps continuée.

Mais de ce succès faut-il conclure qu'on doive constamment renoncer à ces débridements latéraux ? Je n'oserais l'affirmer. Pour conserver l'idée de M. Verneuil, qui est bonne à un certain point de vue, et pour faire disparaître les inconvénients de ces débridements trop larges, ne serait-il pas utile de couper ces fibres musculaires qui nuisent à la réunion par une section sous-cutanée ? C'est là une idée que je propose.

M. VERNEUIL. Ce qui engage M. Chassaignac à pratiquer la section, c'est que, l'avivement étant très-large, il y a empiétement sur la surface sphinctérienne, et par conséquent rétrécissement de l'orifice anal ; mais dans mon avivement je suis resté en deçà du sphincter, et j'ai donné à l'anus ses dimensions normales. Quand après l'opération j'ai mis mon doigt dans cet orifice, je l'ai trouvé suffisamment large. Je persiste à dire que l'incision du sphincter est fâcheuse, quoiqu'elle ait été préconisée depuis bien longtemps par Saucerotte (dans un cas de fistule recto-vaginale), par Sédillot le jeune, par M. Mercier (1839), approuvée par MM. Velpeau et Malgaigne, et enfin regardée comme indispensable par MM. Baker-Brown et Chassaignac.

M. Huguier a donné une opinion qui vient à l'appui de la mienne, et il a parlé de l'atrophie du sphincter comme possible dans mon cas. Sans nier cette atrophie, je ferai remarquer cependant que le sphincter a exercé ses fonctions après la réunion, ce qui n'aurait pu avoir lieu avec une atrophie. Faut-il supprimer les incisions latérales? Oui, toutes les fois qu'il n'y a pas eu perte de substance. Quant à la section sous-cutanée proposée par M. Huguier, elle a été pratiquée par des chirurgiens irlandais et écossais, et M. Baker-Brown va jusqu'à dire qu'elle ne vaut rien. Pour ma part, je pense que les sutures sont suffisantes.

M. CHASSAIGNAC. Quand Boyer a proposé la section du sphincter de l'anus pour guérir la fissure à l'anus, il a voulu éviter l'accumulation des matières fécales. On faisait dans ce but de larges incisions, qui, il est vrai, offraient quelques inconvénients dont l'écrasement linéaire a eu raison.

L'idée de M. Verneuil me paraît fondée sur quelque chose de subtil, et il me semble qu'il est difficile de distinguer dans la cicatrice ce qui est du vagin et ce qui est du rectum. Je crois qu'il faut, avant tout, débrider pour éviter le développement de l'ampoule anale, et la suture échoue si on ne débride pas. Aussi, toutes les fois qu'après la suture le doigt introduit dans l'anus est pressé, il ne faut pas hésiter à faire la section du sphincter.

M. VERNEUIL. Je ne veux pas proscrire absolument la section du sphincter, mais je la rejette comme méthode générale. Dans mon cas, il n'y avait pas constriction de l'anus. En ce qui touche la distinction de la muqueuse rectale et de la muqueuse vaginale, elle a été facile dans mon cas.

M. CHASSAIGNAC. La cicatrice étant constituée par des parties appartenant au vagin et au rectum, il s'est formé là une sorte de magma dans lequel on ne peut pas toujours distinguer ce qui est du vagin et ce qui est du rectum.

M. HUGUIER. Je puis mettre d'accord nos deux collègues. En effet, cette distinction est facile quand il y a eu simplement déchirure. Mais quand il y a eu eschares et que la peau adhère à la cicatrice, c'est plus difficile.

M. TRÉLAT. Je demande à M. Verneuil si la suture profonde n'est pas la même que celle de Roux. Sauf l'obliquité donnée par M. Verneuil à ses fils, il me semble qu'il y a une grande ressemblance avec ce que Roux a fait.

M. VERNEUIL. Roux passait au milieu de l'éperon, mais cela ne suffisait pas, et c'est ce qui causait des fistules secondaires. Quant à moi, j'ai échelonné mes sutures dans toute la hauteur de la division.

M. TRÉLAT. Les demi-succès de Roux tenaient à la suture enchevillée, qui, produisant un froncement trop considérable, ne permettait pas la réunion du fond de la déchirure.

COMMUNICATION.

M. BROCA. Depuis longtemps l'on sait que toutes les tumeurs peuvent être multiples. Le lipome, en particulier, est souvent multiple. Depuis Alibert, Marjolin, tout le monde en a vu des exemples. Mais ce qui est inconnu, c'est la généralisation de cette tumeur après l'ablation. Ce fait vient combler une lacune. Toutes les productions accidentelles ont été observées dans ce cas; il n'y avait que le lipome qui fît exception. Or, je viens de recueillir un fait qui offre la plus grande importance pour la doctrine du cancer. Quand le microscope eut distingué dans le cancer une variété de tumeur dite fibro-plastique, on avança un argument contre cette distinction, et l'on dit: Cette tumeur se reproduit comme le cancer, donc elle est de la même nature. Ç'a été sur cette tumeur que la première généralisation a été observée. Puis sont venues les observations de tumeurs fibreuses, que les Anglais ont désignées sous le nom de tumeurs fibreuses malignes, parce qu'elles se reproduisaient comme le cancer. Bientôt les enchondromes ont fourni des exemples analogues, témoin les faits connus de la Société, et plus particulièrement celui de M. Richet. Je viens aujourd'hui apporter un fait nouveau sur l'interprétation duquel on pourra peut-être avoir des contestations, mais qui à mes yeux est très-démonstratif.

Le malade dont il s'agit est entré à Bicêtre, il y a quatorze ans, pour un tremblement nerveux, et il avait alors cinquante-six ans. Il est mort à l'âge de soixante-dix ans. En 1817, il lui survint à la hanche un lipome qui fut enlevé en 1823 par Beauchêne, et qui pesait 2,500 grammes. La cicatrisation fut régulière et très-belle. Cinq mois après cette ablation, le malade vit sur toute la surface de son corps se développer un grand nombre de tumeurs lipomateuses. Ces lipomes étaient tellement nombreux, qu'il était impossible de les compter. Quand il est entré à l'infirmerie, les internes ont eu la patience de se livrer à l'énumération exacte de toutes ces tumeurs. Or, voici le résultat de leur examen; il y en avait en tout 2,080, ainsi réparties:

A la tête et au cou, 480; sur le tronc, 965; au membre supérieur, 370; au membre inférieur, 265.

Il y en avait davantage sur la face antérieure que sur la face postérieure du corps. Relativement à leur situation, on en distinguait deux catégories; les uns étaient sous-cutanés, les autres cutanés.

Les sous-cutanés avaient la consistance ordinaire du lipome. Quel-

16.

ques-uns offraient la consistance d'une mamelle de femme amaigrie. Le volume était depuis celui d'un haricot jusqu'à celui d'un œuf de poule. Leur nombre était de 40 environ.

Les cutanés formaient une sorte de semis; les plus petits étaient du volume d'un grain de chènevis, et d'autres plus gros. Quinze d'entre eux étaient pédiculés. Il y en avait qui surmontaient des lipomes sous-cutanés, de sorte que cela donnait à ces lipomes l'aspect d'une mamelle.

Comme cet homme était entré à l'infirmerie pour une dysphagie, nous avons cru d'abord que cette affection tenait à des lipomes sous-muqueux internes. L'autopsie nous a montré des lipomes là où nous n'en avions point supposé. Comme il existait aussi une laryngite, nous voulûmes savoir si sur le trajet des voies aériennes il n'y en aurait point; mais il nous fut impossible de nous livrer à un examen convenable et de voir même la paroi postérieure du pharynx.

Au bout de quelques jours le malade ne mangeait plus, et il a fini par succomber, quoique trois jours avant sa mort nous ayons pu passer la sonde œsophagienne avec facilité.

L'autopsie a été faite le lendemain, et nous avons constaté les lésions suivantes : laryngite ulcéreuse de toute la muqueuse du larynx; masse graisseuse dans la gaîne du sterno-cléido-mastoïdien et dans celle de la carotide primitive. Dans le muscle sterno-cléido-mastoïdien, collection analogue à celle d'un abcès; mais le microscope a démontré qu'il n'y avait que des granulations graisseuses. Autour du larynx, double collection de semblables granulations.

Les muscles sont atrophiés, pâles; l'épiploon n'était pas graisseux, il était très-transparent. Dans l'épaisseur des valvules du cœur, il y avait de la graisse comme dans les lipomes sous-cutanés. Toutes les valvules du cœur droit et gauche avaient ce dépôt graisseux. Celui de la valvule bicuspide était relativement énorme. On n'a pas pratiqué l'auscultation pendant la vie. Nous n'avons ausculté que le poumon, où nous avions constaté quelques granulations tuberculeuses peu étendues.

La dysphagie observée était causée par la dégénérescence des parois musculaires de l'œsophage, qui offraient une infiltration graisseuse. Dans le pylore, il existait en outre une infiltration semblable d'un centimètre d'épaisseur.

Les lipomes proprement dits avaient subi une modification profonde par le défaut d'alimentation; ils avaient diminué de plus de moitié. Les uns avaient une couleur jaune, les autres rosée. Au microscope, ils avaient tous le même aspect : trame de tissu conjonctif et fibreux

parsemée d'une quantité plus ou moins grande de granulations graisseuses.

Ainsi, voilà une diathèse lipomateuse bien caractérisée avec prédominance de tissu fibreux ; de sorte que c'est là un fait de lipome non pur accompagné de généralisation.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 21 mai 1862.

Présidence de M. Depaul, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur P. Champenois, médecin-major de 1re classe, candidat au titre de membre correspondant national, adresse à l'appui de sa candidature :

1° La liste de ses titres scientifiques ;

2° Un ouvrage intitulé *Considérations sur les plaies d'armes à feu traitées à l'hôpital de Canlidjé durant la campagne d'Orient;* Vannes, 1858, in-8° ;

3° Une série d'observations manuscrites sur divers cas de chirurgie. (Commissaires : MM. Richet, Huguier, Verneuil.)

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

Furnari. *De la tonsure conjonctivale et de son efficacité contre les lésions panniformes et chroniques de la cornée.* Paris, 1862; in-8°. M. Furnari ne se borne pas à pratiquer l'excision partielle ou annulaire des vaisseaux de la conjonctive autour de la cornée, il enlève en *totalité* la conjonctive oculaire et la plus grande partie du tissu cellulaire sous-conjonctival, puis il cautérise la surface de la plaie avec un pinceau imbibé d'une solution concentrée de nitrate d'argent.

— Goffres. *Note pour revendiquer en faveur de M. Laforgue la priorité de l'invention des appareils modelés réclamée par M. Merchie, de Gand.* Paris, 1862, in-8°.

— Lucien Leclerc. *La chirurgie d'Albucasis,* traduite en français sur le texte arabe, précédée d'une introduction. Paris, 1861, 1 vol. in-8°, avec 151 figures représentant les instruments d'Albucasis.

— Friedrich Semeleder. *Die Rhenoskopie, und ihr Werth für die arztliche Praxis* (la rhinoscopie et sa valeur dans la pratique médicale). Leipzig, 1862, in-8°, avec 2 planches coloriées.

— Ul. Trélat. *Théorie nouvelle sur le mécanisme de certaines fractures de la base du crâne.* Paris, 1862, in-8°.

— M. Debout fait don à la Société d'une collection d'articles relatifs à la prothèse et extraits du *Bulletin de thérapeutique.* Ce recueil est intitulé *Coup d'œil sur quelques appareils prothétiques.* 1er fascicule. Paris, 1862, in-8°.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. RICHET. Je me propose de présenter quelques considérations sur le fait que M. Broca a communiqué dans la dernière séance. Ce cas, a dit M. Broca, compléterait la série des tumeurs qui ont offert une généralisation dans toute l'économie. Or rien n'est plus commun que cette généralisation du lipome. Hourmann, dans sa thèse, en avait parlé avec beaucoup de détail. J'en avais moi-même observé de nombreux exemples. Comment! voilà un homme qui, il y a trente-trois ans, a été opéré d'un lipome, et puis au bout d'un certain temps il s'aperçoit qu'il a d'autres lipomes en très-grand nombre, et sur ces simples renseignements vous dites : Voilà un cas de généralisation de lipome! Je crois que vous n'êtes pas autorisé à tirer ces inductions. En effet, vous ne saviez pas si déjà, même avant l'opération, ce malade n'était point affecté de cette généralisation. Il y a loin d'un fait semblable à ce qui a lieu pour le cancer ou pour l'enchondrome, dont j'ai montré un cas de généralisation.

Je conclus donc que ce fait ne vient pas compléter une série. C'est tout simplement un cas de diathèse et non un exemple de généralisation de lipome.

M. BROCA. J'avais pressenti ces objections, et j'avais commencé par dire que ce fait pourrait se prêter à la discussion, et néanmoins je n'ai pas hésité à émettre ma manière de voir. Je reconnais une différence notable entre la multiplicité des tumeurs et leur généralisation. Cette dernière expression signifie qu'il y a d'abord une cause locale, et que consécutivement à cette cause il est survenu un état de tout l'organisme en vertu duquel il s'est produit d'autres tumeurs dans diverses parties. Eh bien, voici en quoi mon fait ressemble aux tumeurs qui se généralisent. D'abord, il y a eu en 1817 une tumeur primitive qui est restée unique pendant six ans. Son développement graduel l'a fait arriver jusqu'au poids de 2,500 grammes. Cette tumeur est enlevée, et peu de temps après l'on voit des tumeurs de même nature se manifester à toute la surface du corps. C'est certainement là un exemple évident de généralisation.

Vous me dites : Qui vous a prouvé que ces tumeurs n'ont point existé en même temps que la première qui a été enlevée? Mais, à

mon tour, je puis vous faire la même objection à propos de votre fait d'enchondrome. Qui me démontre que les tumeurs secondaires que vous avez observées dans la poitrine étaient bien postérieures à celle que vous aviez vue à la surface du corps ? Dans cette circonstance, vous n'avez pas plus de preuves que moi pour admettre la généralisation. C'est toujours l'ensemble des phénomènes observés qui permet de reconnaître les tumeurs secondaires du cancer.

M. RICHET. Je conteste la valeur séméiologique du fait de M. Broca ; j'y trouve de nombreuses lacunes. M. Broca se base sur l'affirmation du malade, mais cela n'est pas suffisant. La clinique nous montre une foule de cas dans lesquels l'affirmation du malade est fausse ou incomplète. Ainsi je me souviens d'avoir opéré une femme qui portait un lipome énorme. Après l'opération, je m'aperçus, à mon grand regret, qu'elle en avait sur toute la surface du corps. La malade ignorait elle-même cette circonstance, et n'avait fixé mon attention et la sienne que sur la tumeur la plus volumineuse, qui la gênait. Quant aux autres, elles ne lui faisaient éprouver aucune incommodité, au point qu'elle ignorait leur existence. Ne peut-il pas se faire que le malade de M. Broca fût dans la même ignorance ?

Je citerai encore un exemple de ces tumeurs multiples au moment de l'opération.

Un malade était entré dans le service de P. Boyer ; il avait des exostoses sur plusieurs os. Une d'elles siégeait à la partie inférieure de l'omoplate, et elle gênait le malade par son volume. On lui fit l'extirpation de celle-là, et après l'opération je vis qu'il en avait beaucoup d'autres. Ignorant l'existence des autres tumeurs, le malade n'avait appelé l'attention du chirurgien que sur celle qui lui causerait de la gêne dans les mouvements. Si quelque temps après on l'avait observé, il aurait certainement répondu dans l'interrogatoire que ces tumeurs étaient survenues après la première opération.

Relativement à mon cas de chondrome généralisé, vous m'avez dit : « Qui vous prouve que la généralisation n'existait pas avant votre opération ? » Je répondrai par l'observation et j'indiquerai la filiation des faits. Il y avait des ganglions engorgés correspondant à la tumeur primitive. Après l'opération, ces ganglions se sont indurés, et nous avons poursuivi la trace de cette induration jusque dans la poitrine et les poumons. Ici, la généralisation a été évidente, nous l'avons vue se produire sous nos yeux ; tandis que dans votre cas, je pense qu'il y a eu seulement diathèse lipomateuse.

M. CHASSAIGNAC. Ce qui me paraît digne de fixer l'attention dans le fait de M. Broca, c'est qu'on a trouvé des lipomes non-seulement à la surface du corps, mais encore sous les membranes muqueuses et

dans les viscères. Or, ceci est exceptionnel, et je demande s'il existe un cas semblable dans la science.

Je profiterai de ce débat pour mettre sous les yeux de la Société un homme qui offre un cas de tumeurs multiples sur toute la surface du corps.

Ces tumeurs, très-variables en volume, sont de la nature du *molluscum;* l'une de ces tumeurs, que j'ai enlevée, m'a offert dans sa structure un tissu séreux analogue au tissu dartoïque.

COMMUNICATION.

M. RICHET continue sa communication sur les fractures du sourcil cotyloïdien.

On pourrait s'étonner, d'après ce que j'ai dit précédemment, que, la luxation ayant été diagnostiquée et si heureusement réduite et maintenue, la fracture ait passé inaperçue, surtout si l'on songe que le fragment était superficiel, qu'il pouvait être facilement saisi, les épines iliaques formant une saillie assez notable, et qu'ainsi on aurait pu obtenir en les ébranlant une certaine crépitation ou au moins de la mobilité. Mais si, d'un autre côté, on consulte l'histoire des luxations du fémur avec fracture du sourcil cotyloïdien, histoire fort incomplète encore, il faut bien le dire, puisqu'on en compte à peine une douzaine d'observations la plupart incomplètes, on verra que souvent la luxation a été méconnue, et que jamais, un seul cas excepté, celui de M. Maisonneuve, la fracture n'a été diagnostiquée. En faut-il davantage pour démontrer que les signes donnés par les auteurs sont insuffisants et que ce sujet appelle de nouvelles recherches? C'est donc sur ce point que j'ai voulu attirer tout particulièrement l'attention de la Société, persuadé que mes collègues ajouteront de nouveaux faits à ceux qu'il m'a été donné de voir dans ma pratique et dont je vais vous présenter un court résumé, me réservant de les faire suivre de quelques réflexions.

Je fus appelé dans le mois de juillet 1855, avec M. le docteur Desruelles et un autre confrère dont le nom m'échappe, pour voir un homme âgé de soixante ans environ, qui avait été renversé en arrière par un chien de forte taille qui lui avait passé entre les jambes et l'avait entraîné assez loin.

L'accident était arrivé la veille, et notre confrère mandé immédiatement trouva le malade qu'on venait de transporter chez lui, n'ayant pu se relever ni se servir de son membre abdominal droit. Après l'avoir examiné, il crut reconnaître une lésion de l'articulation de la hanche, sans pouvoir spécifier au juste quelle était cette lésion, le malade ne voulant, à cause des douleurs qu'il ressentait, se laisser

examiner qu'avec beaucoup de répugnance. Il le fit placer sur un coussin, en même temps qu'il prévint la famille de l'intention où il était de demander une consultation, vu la gravité du cas.

Je vis le blessé le lendemain de l'accident, et il fut convenu, après un premier examen, que nous lui ferions respirer du chloroforme, afin de pouvoir constater d'une manière plus certaine la nature de l'accident et agir en conséquence.

La cuisse était fléchie légèrement sur le bassin, le pied un peu tourné en dedans, et le gros orteil correspondant au premier métatarsien du côté sain.

La cuisse semblait raccourcie, mais la mensuration ne nous permit de reconnaître qu'une différence assez insignifiante, un centimètre seulement de raccourcissement. Le gonflement était assez considérable à la racine de la cuisse, et la douleur était telle que le malade ne voulait pas permettre qu'on essayât de faire le moindre mouvement. Le pli de l'aine semblait un peu plus déprimé que du côté sain.

Le malade ayant été chloroformé et l'anesthésie portée jusqu'à la résolution, après avoir constaté de nouveau tous les symptômes précédemment énumérés et de plus une saillie anormale au-dessus et un peu en dehors de la tubérosité sciatique, nous parvînmes à étendre la cuisse et à ramener le membre dans la direction normale sans beaucoup de peine ; nous perçûmes alors un bruit analogue à celui d'un os qui rentre dans une cavité, mais néanmoins beaucoup plus faible et bien moins marqué que celui qui annonce la réduction de la tête du fémur luxé dans la cavité cotyloïde.

A partir de ce moment, nous pûmes imprimer au membre des mouvements de circumduction, que toutefois nous ne faisions qu'avec de grandes précautions.

Pendant toutes ces manœuvres, il nous fut impossible de percevoir la plus légère crépitation, d'où nous conclûmes que le membre ayant recouvré sa direction et sa longueur normales, nous avions eu affaire à une luxation ischiatique incomplète sans complication de fracture.

Le membre fut attaché à celui du côté opposé, afin d'éviter tout mouvement, et lorsque le malade sortit du sommeil anesthésique, il déclara qu'il n'éprouvait plus qu'un engourdissement pénible sans doute, mais peu douloureux en comparaison des souffrances qu'il éprouvait avant la réduction.

Le surlendemain je fus mandé de nouveau, parce que, me dit-on, le malade se plaignait de très-vives douleurs et que la difformité avait reparu.

Effectivement la cuisse était comme le premier jour fléchie très-légèrement sur le bassin, le pied tourné en dedans, et je sentis au-

dessus de la tubérosité sciatique une saillie manifeste, mais sans pouvoir affirmer que ce fût la tête du fémur. En effet, elle ne me paraissait point aussi arrondie qu'avait dû l'être la tête de cet os, et d'autre part, en imprimant des mouvements à l'extrémité inférieure, on ne percevait pas nettement leur transmission à cette saillie.

Comme les douleurs étaient beaucoup moins vives que le premier jour, nous résolûmes d'essayer de nouveau la réduction sans le secours du chloroforme. Les muscles opposèrent bien quelque résistance, mais néanmoins, après quelques tentatives, en faisant fléchir la cuisse, puis en la portant dans la rotation en dehors et enfin dans l'abduction, nous obtînmes la réduction.

Comme nous n'avions encore cette fois perçu aucune crépitation, et que le membre avait repris son attitude normale, nous ne songeâmes pas à une fracture possible, et, persistant dans notre idée de luxation incomplète, pour éviter un nouveau déplacement de la tête, nous jugeâmes à propos de fixer par un bandage le membre au pied du lit, en même temps que nous établissions une contre-extension dans le pli de l'aine.

Malgré ces moyens, le lendemain la difformité avait reparu. C'est alors seulement que j'annonçai affirmativement qu'il y avait une fracture du rebord postérieur de la cavité cotyloïde, et que la tête du fémur emportée par les tractions puissantes des muscles fessiers renversait le fragment et sortait de sa cavité sans chances probables de pouvoir l'y retenir. Il fut convenu alors que nous placerions un appareil comme pour la fracture du col fémoral, avec extension continue et pression directe à l'aide d'un coussin sur la partie postérieure de la fesse.

Un bandage de corps fortement serré autour du bassin et destiné à exercer une pression directe sur les trochanters, fut ajouté au bandage de Desault.

Malgré l'emploi de cet appareil, surveillé avec le plus grand soin par notre savant confrère, la tête ne put être parfaitement maintenue dans sa cavité, et lorsque le malade quitta son lit, six semaines après l'accident, je constatai que la tête du fémur faisait une saillie notable au-dessus de la tubérosité sciatique, surtout lorsqu'il fléchissait la cuisse. Depuis, j'ai vu ce malade, et tout récemment encore (octobre 1861) : il se sert assez bien de son membre; mais il boite, quoique le membre n'offre qu'un raccourcissement insignifiant, à peine un centimètre.

Lorsqu'on imprime des mouvements de flexion et d'extension à la cuisse, il semble que la tête roule dans une cavité beaucoup plus grande qu'à l'état normal, et on perçoit un bruit sec, analogue à

ceux qu'on rencontre dans certaines arthrites dites sèches, qui sont caractérisées anatomiquement par la perte des cartilages. Il est évident pour moi que la consolidation du rebord cotyloïdien s'est faite avec renversement du fragment en dehors, et que la tête du fémur est restée incomplétement luxée. Il me semble impossible de se rendre compte des symptômes observés au début et des phénomènes actuels autrement que de cette manière.

Voici maintenant le deuxième fait, plus concluant peut-être encore, car il m'a été donné de l'observer peu de temps après celui-ci, alors que mon attention était éveillée sur ce sujet.

Le fils d'un entrepreneur de jardins, âgé de dix-huit ans, dansait dans un bal public, lorsque voulant lever la pointe du pied à la hauteur du visage de sa danseuse, il fit un faux pas et tomba sur le sol les jambes écartées. Il ressentit immédiatement une atroce douleur, et ne put faire le moindre mouvement.

Transporté immédiatement à son domicile, il fut visité peu de temps après par le médecin du Pecq, lieu voisin du village où il demeurait.

Ce confrère, homme instruit, déclara qu'il y avait une luxation du fémur, et se mit de suite en devoir de la réduire avec l'aide des nombreux assistants qui avaient ramené le malade. La réduction obtenue, le blessé fut placé avec précaution dans son lit, et le membre attaché au niveau du genou et du pied avec celui du côté sain. Lorsque le lendemain notre confrère revint voir son malade, il constata que les choses étaient en bon état, et annonça qu'il ne reviendrait que le surlendemain.

A cette troisième visite, quel ne fut pas son étonnement de voir que la difformité avait reparu ! Il interrogea avec soin le malade et ses parents, et il lui fut affirmé que le malade n'avait fait aucun mouvement intempestif, et d'ailleurs les liens appliqués sur les genoux et les pieds n'avaient pas été enlevés.

Le père du jeune homme, inquiet, voulut avoir une consultation avant de laisser faire une nouvelle tentative, et le lendemain, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, je vis le blessé avec notre confrère, qui me rapporta ce qui s'était passé. Je constatai l'état suivant :

Le membre abdominal gauche était fortement tourné en dedans, le gros orteil répondant à la malléole interne du côté sain. Le membre paraissait sensiblement raccourci ; en réalité, la mensuration me permit de constater une différence de 3 centimètres. La fosse iliaque externe était occupée par une tumeur qu'il ne me fut pas difficile de reconnaître pour la tête du fémur ; le grand trochanter, couché en avant, était sensiblement remonté et rapproché de la crête iliaque.

En un mot, tous les signes de la luxation iliaque existaient de la façon la plus tranchée.

Comme le confrère affirmait avoir reconnu d'abord tous ces signes, puis les avoir vus disparaître, la première idée qui me vint fut qu'il y avait une fracture du rebord cotyloïdien, sans laquelle il me paraissait impossible de se rendre compte de la reproduction de la luxation. Je me mis donc en devoir de la rechercher; mais, à ma grande surprise, je ne trouvai rien qui l'indiquât. J'avoue franchement que quelques doutes me traversèrent alors l'esprit sur la réalité do la réduction de la luxation. On verra bientôt combien peu ils étaient fondés.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution complète, puis je procédai à la réduction, qui se fit sans difficulté, mais sans donner lieu toutefois à ce bruit caractéristique de la rentrée de la tête; à peine put-on préciser un léger claquement.

Je n'avais reconnu d'ailleurs aucune crépitation pendant toutes les manœuvres de réduction; néanmoins je m'empressai, avant le réveil du malade, d'imprimer de nouveau des mouvements au membre en tous sens, pour bien m'assurer de la réduction, et aussi pour rechercher la fracture soupçonnée; il me fut impossible de sentir la moindre crépitation. Le membre fut alors fixé au pied du lit par un lacs, un autre fut placé dans le pli de l'aine pour faire la contre-extension, et je partis, convaincu que la première fois la luxation avait été incomplètement réduite.

Le surlendemain, le pèrc se présenta de nouveau chez moi, en me disant que la difformité s'était reproduite, pas aussi prononcée que la première fois, mais enfin qu'elle avait reparu.

C'était effectivement ce qui avait eu lieu, et il me fut facile de m'assurer de nouveau de tous les symptômes de la luxation en haut et en dehors. Mais cette fois, avant de chercher à réduire, je fis faire par M. Charrière un appareil à extension continue, sur le modèle de l'appareil Boyer, pour la fracture du col du fémur.

Le jeune homme fut de nouveau chloroformé, et, la réduction obtenue, je la plaçai dans cet appareil. L'extension pratiquée à l'aide d'une vis sans fin, par une pantoufle qui emboîtait le pied, était augmentée chaque jour, et cependant, malgré la plus active surveillance, nous ne pûmes empêcher la tète du fémur de faire une saillie notable dans la fosse iliaque externe.

Six semaines après l'accident, l'appareil fut enlevé; il y avait encore un raccourcissement de deux centimètres, mais sans rotation du membre. Les mouvements étaient assez faciles, sans craquements

ni douleurs; néanmoins, le malade resta encore un mois sans oser se servir de son membre.

Deux ans après l'accident, je l'ai revu de nouveau; la claudication était très-marquée et offrait beaucoup d'analogie avec celle des individus atteints de luxation spontanée. A chaque pas qu'il faisait, on sentait et même on voyait la tête du fémur s'élever, glissant vers la face externe de l'os coxal.

Bien évidemment, comme chez le précédent malade, la cavité cotyloïde, agrandie par le renversement du fragment détaché du sourcil cotyloïdien, laissait vaciller la tête du fémur.

Enfin, une chose importante à noter, c'est que, quand le malade était couché, on pouvait ramener le membre, à très-peu de chose près, à sa longueur normale, et ce n'était que quand il s'appuyait sur son membre qu'on voyait la tête sortir de sa cavité et se porter vers la fosse iliaque.

Voici enfin le troisième fait; je l'ai observé l'année dernière à l'hôpital Saint-Louis, avec mon collègue M. Denonvilliers, dans le service duquel était placé le malade.

C'était un homme fort et vigoureux, véritablement taillé en Hercule, âgé de quarante-cinq ans. Il avait été renversé par une voiture, sans pouvoir dire au juste comment l'accident lui était arrivé. Il ne se présente à l'hôpital que plusieurs jours après l'accident, et après avoir inutilement subi des tentatives faites en ville pour réduire sa luxation. Voici les symptômes présentés par le malade :

La cuisse est fléchie sur le bassin, avec rotation en dedans; l'adduction est tellement prononcée que le genou du membre luxé croise la cuisse du côté opposé. Le membre semble sensiblement raccourci; en réalité on ne trouve qu'un raccourcissement évalué à deux ou trois centimètres approximativement, car il est difficile, pour ne pas dire impossible, de mesurer les deux membres dans des positions identiques, ce qui rend cette mensuration un peu illusoire. Dans la fesse, au-dessus de la tubérosité ischiatique, on trouve une saillie qu'on reconnaît appartenir au fémur, lorsqu'on imprime des mouvements à cet os. Mais, soit à cause de l'immense développement des masses musculaires, soit en raison du gonflement, soit pour toute autre cause, cette sensation reste un peu confuse.

Quant au pli de l'aine, il paraît déprimé. Tout mouvement volontaire du membre est impossible, tant est grande la douleur, et, quant aux mouvements communiqués, ils sont très-difficiles et extérieurement bornés; l'abduction et la rotation en dehors paraissent à peu près impossibles.

Nous diagnostiquons une luxation ischiatique, et M. Denonvilliers,

prévoyant de grandes difficultés, en raison des échecs déjà subis en ville, au dire du malade, remet au lendemain la réduction, afin de se procurer des moufles.

Le lendemain, le malade est chloroformé jusqu'à résolution musculaire, et l'on commence les tractions, qu'on porte successivement de 100 à 200 kilogr. C'est seulement à ce moment que la saillie sus-ischiatique paraît se déplacer. Alors M. Denonvilliers, pressant d'une part sur la tête de l'os, et faisant d'autre part porter le membre en dehors, ordonne de tout lâcher brusquement. Malgré cette manœuvre si rationnellement combinée, la saillie ischiatique n'a pas disparu, et le membre, quoique ramené à une direction plus rationnelle, reste évidemment encore luxé. C'est alors que je propose à M. Denonvilliers d'essayer la méthode dite de Després, qui consiste, ainsi qu'on sait, dans la flexion combinée avec la rotation et l'extension. Pour agir plus efficacement sur le membre, je pose mon épaule sous le jarret du membre luxé, et je prie l'interne du service de s'unir à moi pour suivre tous les mouvements que j'imprimerai au membre et doubler mes forces. M. Denonvilliers, de son côté, se charge de diriger la tête par des pressions directes pour la refouler vers la cavité cotyloïde.

Après plusieurs flexions et rotations de la cuisse sur le bassin, nous portons brusquement le membre dans l'abduction combinée avec l'extension, et nous entendons un bruit sourd, donnant la sensation d'un os déplacé qui reprend sa position, mais n'offrant pas, néanmoins, les caractères de ce claquement, de ce soubresaut pathognomonique de la réduction des luxations de la tête du fémur.

M. Denonvilliers, qui suivait les mouvements de la saillie sus-ischiatique, déclare ne plus la sentir; le membre a repris sa position normale; on lui imprime avec prudence des mouvements de circumduction, pour s'assurer de la rentrée de l'os dans la cavité cotyloïde, et il ne reste pas un instant douteux que la réduction ne soit complète.

Le malade est reporté à son lit, et on lui attache les deux cuisses et les deux jambes.

Le surlendemain, M. Denonvilliers s'étant absenté, les internes me prient de visiter le malade, chez lequel, disent-ils, la luxation s'était reproduite. Effectivement, malgré les moyens employés pour le fixer, le membre s'était de nouveau luxé; seulement, il me parut que la luxation s'était transformée; la tête de l'os, toujours en arrière, s'était rapprochée de la fosse iliaque externe en glissant probablement sur le plan incliné de l'os coxal, et le membre, toujours tourné dans la rotation en dedans, n'avait pas cependant une tendance aussi prononcée à l'adduction qu'avant les tentatives de réduction. Je n'hési-

tai pas à diagnostiquer alors une fracture du sourcil cotyloïdien, et je me mis en devoir de chercher la crépitation, mais toutes mes tentatives furent infructueuses. Je crus devoir attendre que M. Denonvilliers vît le malade avant de rien tenter ; et le lendemain, mon collègue, qui partageait complétement ma manière de voir, malgré l'absence de la crépitation, se mit en devoir de ramener la tête dans la cavité cotyloïde, ce qui se fit sans de grandes difficultés, à l'aide de l'extension et de la contre-extension, et sans recourir aux moufles. Pour éviter un nouveau déplacement, on eut alors recours à l'extension continue faite à l'aide d'un poids se réfléchissant sur une poulie fixée au pied du lit; mais rien n'y fit. Huit jours après, je revis le malade; le grand trochanter faisait en dehors une saillie assez notable, et s'était élevé sensiblement en même temps que rapproché de l'épine iliaque. La tête faisait saillie dans la fosse iliaque externe, à sa partie la plus reculée, et un peu en avant de la tubérosité ischiatique; mais le membre, qui avait été maintenu dans la position rectiligne par l'extension continue, ne tardait pas à se dévier ou en dehors ou en dedans.

Six semaines après, le malade commença à se lever et à marcher; il boitait horriblement, mais plutôt à cause de la douleur que du raccourcissement. M. Denonvilliers lui fit faire une chaussure à haut talon, avec laquelle il marche à merveille, ainsi que j'ai pu m'en assurer, l'ayant vu plus de six mois après son accident. Notre collègue M. Verneuil doit l'avoir examiné à la même époque, si ma mémoire est fidèle.

Ce qui me paraît digne d'attention dans cette observation, c'est d'abord la difficulté très-grande de réduction lors des premières tentatives, et la facilité relative avec laquelle on parvint à replacer la tête la deuxième fois. Que s'est-il passé ? Je l'ignore. Y aurait-il eu interposition d'un débris de la capsule ou d'un faisceau musculaire entre la tête et la cavité cotyloïde, lesquels, après avoir été rompus, n'auraient plus présenté d'obstacle lors de la deuxième réduction ? Ou bien, est-ce le fragment lui-même qui se serait opposé à la rentrée de l'os ? J'avoue que je penche vers la première opinion, à cause de l'absence de toute crépitation. Cette dernière circonstance doit être effectivement notée avec beaucoup de soin, de même que l'absence du bruit caractéristique annonçant la réduction. Je bornerai là mes réflexions sur cette observation, devant bientôt y revenir.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher les symptômes observés dans les quatre faits que je viens de rapporter de ceux qui ont été notés par les auteurs qui se sont occupés de cette question des fractures du sourcil cotyloïdien compliquées tantôt de luxation et souvent

d'un simple déplacement de la tête du fémur. Car, qu'on veuille bien le remarquer, dans beaucoup de cas ce n'est pas, à proprement parler, une luxation ; ce n'est qu'un *déplacement*, variable suivant la largeur de la brèche faite au sourcil cotyloïdien et la puissance musculaire.

« Les symptômes des luxations du fémur compliquées de fractures du sourcil cotyloïdien, dit M. Malgaigne (*Traité des luxations*, page 878), sont ceux des luxations simples combinées avec une crépitation plus ou moins manifeste, soit lorsqu'on remue le membre, soit en opérant la réduction ; puis après, reproduction infaillible de la luxation avec crépitation. »

Pour mon compte, si j'en juge d'après les quatre faits que je viens de relater, je suis porté à penser que ces symptômes ne sont pas l'expression complète de la vérité clinique, et qu'on s'est un peu trop laissé aller aux déductions tirées de l'état anatomique. Voyez d'ailleurs combien peu il faut compter sur ces symptômes pour arriver à porter un diagnostic certain.

« Le diagnostic est loin d'être toujours facile ; aussi le plus souvent la lésion n'a été reconnue qu'à l'autopsie, et le fait de M. Maisonneuve est même le seul où elle ait été diagnostiquée immédiatement. » (Malgaigne, *loco citato*, p. 879.)

On remarquera que même dans le cas de M. Maisonneuve ce ne fut point du tout à l'aide des signes propres aux autres luxations du fémur que le diagnostic fut porté, puisque l'on ne trouva même pas la saillie de la tête fémorale (il est vrai qu'on ne la chercha pas), mais à l'aide du seul symptôme *de la reproduction* du déplacement après *réduction* avec *crépitation*.

On peut voir par ces citations, extraites du traité qui résume le mieux ce qui a été écrit sur la matière, combien sont encore incertains les signes de ces lésions. Jetons donc un rapide coup d'œil sur chacun d'eux pour en apprécier la valeur relative.

Eu égard à la *crépitation*, elle n'existe pas, à beaucoup près, constamment ; il n'y faut donc pas compter d'une manière absolue. Ainsi, on ne la trouve ni dans le fait de M. Béraud, ni dans celui qui m'est commun avec M. Denonvilliers, ni dans les deux autres qui me sont propres ; et cependant, est-il possible de douter dans ces cas de l'existence simultanée de la fracture et de la luxation ?

La crépitation reste donc, quand on la rencontre, un signe précieux ; mais il importe de savoir qu'elle peut manquer, et même que le plus souvent elle manque, si je m'en rapporte à ce que j'ai observé. Pourquoi ? Je pense que cela tient d'abord à ce que le fragment cotyloïdien a généralement peu d'étendue, et surtout à ce que

la pression de la tête, le séparant de la surface osseuse dont il a été détaché, empêche tout frottement entre les fragments.

Quant aux autres symptômes, ils ne me paraissent pas, si je dois m'en rapporter à ce que j'ai observé, à beaucoup près aussi prononcés que dans les cas de luxations proprement dites. Ainsi, sans parler du fait déjà cité de M. Maisonneuve, où l'on ne trouva pas la tête de l'os luxé, je rappellerai que dans le cas de M. Béraud la luxation était incomplète, et que dans ma première observation, comme dans celle de M. Denonvilliers, c'est à peine si l'on pouvait percevoir la saillie de la tête fémorale. On soupçonne alors la luxation plutôt qu'on ne la reconnaît positivement. Au contraire, dans ma deuxième observation, la tête du fémur faisait dans la fosse iliaque externe une saillie facile à reconnaître. C'est qu'effectivement, ainsi que je l'ai dit précédemment, la tête, n'étant plus exactement maintenue dans la cavité cotyloïde, fait saillie par la brèche du sourcil cotyloïdien, repoussant devant elle le fragment, ce qui contribue à augmenter l'irrégularité de la tumeur que l'on rencontre.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la *réduction* qui n'offre point les caractères de celle qu'on observe dans les luxations sans fracture. Lorsqu'elle s'opère, c'est sans ce bruit caractéristique, sans ce brusque soubresaut suivi de claquement qui dans les vraies luxations annoncent que la tête de l'os a repris possession de sa cavité. Ici, au contraire, elle rentre presque sans bruit, sans soubresaut prononcé ; de telle sorte qu'on hésite à dire que la réduction a été faite, alors même que la difformité a disparu.

Cela tient à deux causes : d'abord à ce que, le rebord osseux cotyloïdien n'existant plus là où s'est faite la fracture, la tête, pour rentrer dans la cavité, n'a plus à s'élever pour franchir cet obstacle, ni à retomber brusquement dans le fond du cotyle après l'avoir franchi ; puis aussi à ce que l'admirable appareil constitué pour retenir la tête dans la cavité de l'os coxal par l'intermédiaire de la pression atmosphérique se trouve sinon détruit, du moins modifié profondément dans ses conditions physiques.

De tous les signes indiqués comme caractérisant la lésion qui nous occupe, celui qui me paraît avoir manqué le moins souvent, c'est la reproduction de la luxation après une réduction dûment constatée ; aussi est-ce à celui-là que je suis disposé à accorder la plus grande confiance. Encore faut-il savoir qu'il peut faire défaut, comme dans le fait de M. Béraud. Si alors en même temps la crépitation manque, il est bien évident qu'il devient impossible de porter un diagnostic complet.

Comment se fait-il que dans ce cas le déplacement une fois réduit

ne se soit pas reproduit, tandis qu'il s'est effectué constamment et invinciblement dans tous les autres cas? Cela ne peut s'expliquer, selon moi, que par la position qu'occupait la fracture à la partie antérieure et externe du sourcil cotyloïdien. De ce côté, effectivement, la tête une fois rentrée n'est pas sollicitée d'une manière efficace par les puissances musculaires; et d'autre part, le mouvement de projection en arrière, qui serait nécessaire pour faire de nouveau saillir la tête au-devant de l'arcade pubienne, se trouve sinon empêché, du moins très-borné par le décubitus dorsal, qu'on fait alors toujours garder au malade. Au contraire, lorsque la fracture a lieu soit en dehors, soit en arrière, soit même en dedans, des muscles puissants sollicitent constamment le fémur, en même temps que rien ne borne soit les mouvements d'adduction, soit ceux d'abduction ou de rotation. Aussi dans ces cas la reproduction du déplacement de la tête fémorale peut-elle être considérée comme infaillible après la réduction.

Ce symptôme de la récidive me paraît tellement essentiel, qu'il suffit à mes yeux pour caractériser cette lésion et en faire une affection ayant une physionomie à part qui permettra de la différencier d'une fracture du col ou d'une luxation simple.

Dans la fracture du col, on trouve bien effectivement, comme dans la fracture du sourcil cotyloïdien, une déformation de la hanche, une déviation du membre, de la crépitation, et enfin une certaine facilité à faire disparaître la déviation et la difformité, lesquelles se reproduisent ensuite. Mais on ne trouve pas, comme dans la fracture du rebord osseux de la cavité, cette saillie de la tête de l'os dans un point où elle se reproduit invariablement, non pas immédiatement, comme dans la fracture du col, mais après un laps de temps plus ou moins long. Puis, lorsqu'on pratique la réduction dans la fracture du sourcil cotyloïdien compliquée de luxation, on perçoit un léger bruit annonçant la reprise de possession de la cavité cotyloïde par la tête. Rien de pareil dans la fracture du col. Dans la fracture du sourcil cotyloïdien compliquée de déplacement de la tête, si ce déplacement est iliaque, ischiatique ou sous-pubien, les signes fournis par la déviation du membre sont tels, qu'il n'y a pas possibilité de les confondre avec ceux d'une fracture du col. Il n'y a donc que le déplacement sus-pubien dont les symptômes présentent quelque analogie; mais alors la présence de la tête de l'os dans le pli de l'aine suffira à lever tous les doutes, et surtout la disparition de tous les autres symptômes après la réduction, comme dans le cas de M. Béraud.

J'ajouterai enfin que dans la fracture du col les mouvements du membre malade restent toujours difficiles et douloureux après les tentatives de réduction, tandis que dans le cas de fracture du sourcil

cotyloïdien, après le replacement de la tête, presque tous les mouvements peuvent s'exécuter assez librement et sans douleur.

Quant au diagnostic différentiel entre une luxation simple et une luxation compliquée de fracture du sourcil, le phénomène de la récidive suffit pour l'établir. Il est bien difficile, en effet, d'admettre qu'une fois la tête du fémur replacée dans une cavité cotyloïde intacte, la luxation puisse se reproduire. Je sais bien qu'on a prétendu qu'une bride aponévrotique, qu'une portion de muscle entraînée par la tête pouvait la soulever et la faire ressortir. Mais c'est là une pure hypothèse qu'aucun fait jusqu'à présent n'est venu justifier. Avant donc de discuter cette possibilité, il me paraît sage d'attendre que des faits positifs aient été produits.

En résumé, je pense que la fracture du sourcil cotyloïdien ne doit pas être fort rare, puisque dans un assez court espace de temps j'ai eu l'occasion d'en voir quatre cas ; mais ce qui fait que ces observations sont peu nombreuses dans les annales de la science, c'est que le diagnostic en est incertain.

Quand cette fracture n'est accompagnée ni de crépitation ni de déplacement notable du fémur, elle ne peut être que soupçonnée, et doit avoir été souvent confondue avec la contusion de la hanche.

Lorsque, au contraire, elle se complique de luxation, qu'il y a de la crépitation, et qu'après la réduction le déplacement se reproduit, elle ne peut être confondue avec aucune autre lésion.

Mais entre ces cas extrêmes on rencontre des intermédiaires ; ainsi la crépitation peut faire défaut, ou le déplacement n'être pas très-marqué, ne pas constituer une vraie luxation. Alors c'est la récidive du déplacement après la réduction qui devient le signe pathognomonique caractérisant cette lésion.

Si, comme dans le cas de M. Béraud, ce symptôme vient à manquer en même temps que la crépitation, le diagnostic reste nécessairement incomplet ; heureusement qu'alors il devient inutile, et l'on croit avoir eu affaire dans ce cas à une luxation sans complication de fracture.

Que dirai-je du traitement ? Il est clair que c'est encore contre ce symptôme de la récidive du déplacement qu'il faut lutter. On a pu voir que M. Denonvilliers et moi avons appliqué sans grand résultat l'extension permanente ; j'ai même ajouté à ce moyen la pression directe sur les trochanters à l'aide d'une ceinture, comme l'avaient proposé Smith et Togood ; je n'ai pas été plus heureux. Mes malades ont pu, il est vrai, se servir et même assez convenablement de leur membre ; mais néanmoins ils boitaient, et le déplacement s'était en partie reproduit. Je serais assez disposé, à l'avenir, à essayer du

moyen préconisé et employé avec succès par M. Maisonneuve. Ce moyen consiste, après avoir réduit la luxation, à porter le membre dans la direction opposée à celle par où s'est faite la sortie de la tête et à l'y maintenir ; à mettre, par exemple, la cuisse dans l'abduction si le déplacement est ischiatique ou iliaque, de manière que la tête du fémur presse et s'appuie sur le point opposé à celui où existe la fracture. Ce moyen me paraît appelé à donner de bons résultats ; néanmoins il n'y faudrait point compter d'une manière trop absolue. Je regrette, pour mon compte, de ne l'avoir pas connu lorsque j'ai été appelé à traiter mes malades, et je me propose bien de l'essayer à la première occasion.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que pour traiter ces fractures il n'est point nécessaire d'exercer des tractions sur le membre ; il suffit d'appliquer une ceinture qui exerce une pression bilatérale sur les grands trochanters.

M. RICHET. J'ai, en effet, employé la ceinture de Schmit; mais cela n'a pas empêché la reproduction de la luxation qui accompagnait la fracture.

— La Société se forme en comité secret pour la lecture du rapport de la commission sur les candidats à la place déclarée vacante dans le sein de la Société.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 28 mai 1862.

Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Tholozan, premier médecin du schah de Perse, remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant.

— M. le docteur Mordret (du Mans), candidat au titre de membre correspondant, adresse deux observations relatives l'une à un cas de fracture compliquée de l'avant-bras; l'autre, au traitement de la fracture de la clavicule par l'appareil plâtré. (Commissaires, MM. Trélat, Guersant, Foucher.)

— M. le docteur Ollivier (d'Ingrande-sur-Loire) adresse une lettre sur un cas de périnéorrhaphie où la suture a été faite avec des fils d'argent. (Commissaire, M. Verneuil.)

— M. le docteur Duboué (de Pau), candidat au titre de membre correspondant, adresse par l'intermédiaire de M. Depaul une observation très-détaillée d'imperforation congéniale du rectum opérée sans succès. (Commissaire, M. Trélat.)

— MM. les docteurs Bernutz et Goupil font parvenir à la Société le second volume de leur ouvrage intitulé : *Clinique médicale sur les maladies des femmes*. Paris, 1862, in-8°.

— A l'occasion de la correspondance, M. Verneuil annonce l'envoi fait par M. Mirault (d'Angers), membre correspondant, d'une observation relative à une espèce non décrite de tumeurs multiples des doigts. M. Verneuil communiquera *in extenso* cette observation dans une prochaine séance.

COMMUNICATION.

M. TRÉLAT. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société, au nom de M. Dolbeau et au mien, un fait qui nous a paru digne d'intérêt.

Tumeur du sinus maxillaire droit; opération; mort par syncope. — M... (Joséphine), âgée de sept ans, est entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Eugénie, n° 20, le 15 mai 1861, et a été opérée le 6 mai 1862.

Nous avons pu obtenir les renseignements suivants : le père et la mère de la petite malade sont d'une constitution robuste et habituellement bien portants. Il ne paraît y avoir dans la famille aucun antécédent diathésique.

L'époque exacte du début de la maladie est restée incertaine; les souvenirs de la mère sont très-confus et ses récits souvent contradictoires. Elle dit qu'il y a environ dix-huit mois, l'enfant se plaignit de souffrir des dents; on remarqua alors que la joue était un peu gonflée; et en pressant, on sentit au milieu de la joue une grosseur dure, immobile, et du volume d'une noix. Tous ces symptômes furent mis sur le compte de la dentition.

La mère fut peu de temps après obligée de se séparer de son enfant, qu'elle mit en garde en province.

De temps en temps on lui annonçait que la petite fille continuait à se plaindre, et que la joue grossissait de plus en plus. Au bout de six mois, la mère rappela sa fille près d'elle; c'est alors qu'effrayée par le volume de la joue et par la difformité qui en résultait, elle

consulta un médecin qui lui donna le conseil de faire entrer sa fille à l'hôpital, où elle fut admise le 15 mai 1861.

La tumeur à cette époque présentait déjà un volume considérable; M. Marjolin hésita à l'enlever. Depuis, la grosseur a augmenté graduellement de volume, et dans ces derniers temps, son développement n'a pas cessé.

Voici quel est l'état actuel de la petite malade :

La moitié droite de la face est occupée par une saillie volumineuse, hémisphérique, uniformément arrondie, du volume d'une très-grosse orange. La peau de la joue est tendue, luisante, sillonnée de quelques veines, surtout à la partie supérieure.

La paroi inférieure de l'orbite est repoussée en haut; le globe de l'œil est caché en grande partie sous la paupière supérieure et en dedans; il n'y a guère de visible que la moitié inférieure de la cornée. La paupière inférieure se trouve soulevée en avant, en sorte que l'œil a l'air d'être enfoncé dans l'orbite. Cet organe est, du reste, parfaitement sain; la vision est intacte; larmoiement.

Un peu au-dessous du bord libre de la paupière, vers l'angle interne, au-devant du sac lacrymal, on trouve une croûte jaunâtre, qui recouvre une ulcération déjà ancienne. Cette ulcération est superficielle, sans connexions avec la tumeur.

Le nez est dévié fortement à gauche : la tumeur, en se développant et en refoulant la fosse nasale, a fait disparaître le dos du nez, au niveau duquel elle est parvenue. L'aile du nez, du côté correspondant, a été attirée en bas et en dehors, par suite du soulèvement considérable et de la distension de la peau de la joue. La narine droite est élargie, déformée, située bien au-dessous de la gauche. En explorant la fosse nasale, on constate un refoulement en dedans de toute la paroi externe de cette cavité. Cependant il y a encore, entre la tumeur et la cloison, un certain espace qui permet à l'air de passer. La membrane muqueuse est parfaitement saine. Elle ne présente ni rougeur ni ulcérations.

L'ouverture de la bouche a subi aussi des modifications importantes : la commissure droite a été attirée en bas et en dehors, en même temps elle est plus en avant que la commissure gauche.

Si on fait ouvrir la bouche à l'enfant, voici ce que l'on constate : les dents de la mâchoire supérieure manquent toutes du côté droit, à l'exception d'une molaire qui est fortement ébranlée. En avant, il y a les quatre incisives; ces dents sont déviées et sont dirigées vers le côté gauche.

Plus en arrière, on constate la présence de la tumeur : en effet, la voûte palatine est refoulée en bas dans toute sa partie droite; entre

le côté droit et le gauche, il y a une différence d'un centimètre comme niveau. En dehors, toute la paroi externe du maxillaire est soulevée, repousse la joue, puis descend d'un centimètre et demi au-dessous de l'arcade alvéolaire. Il en résulte que lorsque les mâchoires sont rapprochées, la tumeur recouvre la face externe de la mâchoire inférieure.

La membrane muqueuse buccale est partout normale et parfaitement libre.

Par la vue et par le toucher, il est facile de s'assurer que la tumeur n'a pas envahi le pharynx. Le voile du palais est normal.

Si par le toucher on cherche à explorer cette tumeur, on constate facilement que le produit est partout recouvert d'une lame osseuse ; aussi la surface est-elle partout régulière, ferme, résistante, osseuse; dans quelques points cependant il y a moins de résistance, et on acquiert la certitude que le contenu est probablement un peu moins dur que l'enveloppe. L'exploration n'est pas douloureuse : jamais l'enfant n'accuse de sensation pénible. Les douleurs ont cessé avec la chute des dents.

Il est impossible de constater l'engorgement des ganglions, ils sont tous normaux.

La respiration, la phonation, la déglutition sont intactes. La santé générale est bonne, l'enfant a bon appétit et digère très-bien. Son teint a conservé toute sa fraîcheur.

Les symptômes que nous avons indiqués successivement, permettent d'affirmer que nous avons à traiter une tumeur dont le siége anatomique est le sinus maxillaire; que cette tumeur, née du sinus, a refoulé successivement toutes les parois, en poussant devant elle, mais sans les altérer, les organes voisins.

C'est ainsi que nous pouvons retrouver la tumeur faisant saillie dans la cavité de l'orbite, dans celle de la fosse nasale, enfin, dans la bouche. La joue a été considérablement distendue, mais les téguments, les différentes membranes muqueuses sont restés intacts.

Toutes les cavités voisines de la tumeur sont refoulées, diminuées d'étendue, mais aucune n'a été envahie; en un mot, c'est une tumeur du sinus avec distension énorme de cette cavité, mais sans prolongement aucun : l'ablation de la mâchoire supérieure permettra d'enlever certainement toute la tumeur.

Quant à la nature du produit pathologique, voici notre opinion : La bonne santé de l'enfant, l'absence de douleurs, l'ancienneté de la maladie, la consistance uniforme de la tumeur, nous portent à rejeter l'idée d'une tumeur de mauvaise nature. Ajoutons à tous ces signes

la délimitation très-franche de la maladie, l'intégrité de la muqueuse.

La grande fermeté de la tumeur nous fait admettre une tumeur fibro-osseuse, peut-être fibro-cartilagineuse avec coque osseuse. La nature favorable du produit, la possibilité d'enlever toute la tumeur sans lésions d'organes importants, nous ont engagé à pratiquer l'opération suivante :

1° Incision médiane, comprenant la lèvre supérieure, le nez jusqu'à l'angle interne, sans cependant joindre cet angle.

2° Incision horizontale circonscrivant la paupière inférieure et allant rejoindre la première incision.

3° Dissection du lambeau, mise à nu de la tumeur, ligature de deux branches de la faciale.

4° Avec un gros scalpel on enlève la paroi externe de la tumeur, et on cherche l'énucléation du produit pour conserver la mâchoire.

5° Ablation de la mâchoire en totalité avec la cisaille de Liston.

L'opération terminée, après vingt minutes, on constatait une large anfractuosité dans le fond de laquelle se voyaient l'apophyse ptérygoïde intacte et le voile du palais. La paroi inférieure de l'orbite a été conservée grâce à une petite fracture qui l'a séparée de la tumeur. Pas d'artère et par conséquent pas d'écoulement sanguin.

Pendant tout ce temps l'enfant a été peu chloroformisée, ainsi qu'on le fait toujours dans les opérations sur la face.

Vers le milieu de l'opération elle a vomi quelques cuillerées de sang qui étaient tombées dans l'estomac.

Quelques boulettes de charpie sèche sont placées dans le fond de la plaie, et l'enfant se lève seule pour boire un peu de vin. Elle est pâle, mais elle parle et respire bien.

6° On procède aussitôt à la suture des chairs. Cette réunion dure une demi-heure ; elle est faite avec des fils de chanvre, par points séparés, nombreux et très-rapprochés. A chaque aiguille l'enfant se plaint ; mais on obtient d'elle, par le raisonnement, une immobilité suffisante. Pas le moindre écoulement sanguin.

Le tout fini, l'enfant se met sur son séant et boit une deuxième fois du vin sucré. Elle est alors confiée aux religieuses, qui l'emportent.

Dix minutes après, on vient chercher du secours ; nous arrivons, et nous trouvons l'enfant en pleine syncope. Immédiatement on lui place la tête en bas, on pratique la respiration artificielle, la cautérisation au fer rouge, l'électrisation du nerf phrénique et du diaphragme. Malgré tous ces moyens appliqués aussitôt, l'enfant a succombé à cette syncope.

Autopsie faite trente heures après la mort. — Rien d'appréciable dans le cerveau ni dans les méninges ; le cœur et les gros vaisseaux qui en partent sont complétement vides de sang.

Les poumons présentent une très-légère congestion à leur partie postérieure.

Le thymus a un volume insolite pour l'âge de l'enfant. Dans l'angle formé par la trachée et la bronche droite on trouve un ganglion abcédé de la grosseur d'un œuf de poule ; il refoule en dehors le sommet du poumon droit.

Rien dans les autres viscères ; l'estomac est vide, ne contient pas de sang ; la membrane muqueuse est saine ; le larynx, l'arrière-gorge n'étaient occupés par aucun corps étranger quelconque.

Quant à la tumeur, elle était enveloppée dans tous ses points par une coque osseuse provenant évidemment de la distension des parois du sinus maxillaire.

La cavité était remplie d'une masse très-uniforme comme aspect et comme consistance. On pouvait très-bien couper le produit pathologique avec un fort scalpel. Ce tissu, d'apparence grumeleuse, avait une coloration blanc-jaunâtre ; on voyait quelques points plus brillants rappelant l'aspect du cartilage. La tumeur était peu ou pas vasculaire.

L'examen microscopique a été confié à M. Broca, qui nous a remis la note suivante :

« Cette tumeur renferme partout un mélange, en proportion variable, de tissu cartilagineux et de tissu osseux. La substance osseuse forme un réseau qui probablement n'est pas partout continu, car j'ai cru voir en certains points des îlots microscopiques d'ossification, isolés au milieu du cartilage. Il y a des parties de la tumeur où la substance osseuse prédomine tellement, qu'on y trouve à peine çà et là quelques petits amas de cellules cartilagineuses ; ailleurs, au contraire, la prédominance appartient bien manifestement à la substance cartilagineuse.

» Au microscope, la partie cartilagineuse se compose :

» 1° D'éléments cartilagineux de $0^{mm},02$ à $0^{mm},06$ et même davantage, très-nombreux, très-serrés, très-réfringents ;

» 2° D'une gangue relativement peu abondante, peu résistante, où l'on aperçoit çà et là quelques fibres de tissu conjonctif (il y a des préparations où je n'ai trouvé aucune trace de tissu conjonctif).

» La partie osseuse présente tous les degrés d'organisation, depuis le simple dépôt de matière calcaire dans la gangue du cartilage, jusqu'à la forme définitive de tissu osseux aréolaire. »

Ce fait m'a suggéré les réflexions suivantes :

Il est évident qu'il n'y a pas eu erreur de diagnostic, et alors on est en droit de se demander si les enfants supportent plus difficilement que les adultes les grandes opérations, et si dans ce cas particulier l'opération de la résection du maxillaire supérieur, qui offre peu de gravité chez l'adulte, en aurait une beaucoup plus grande chez les enfants.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. J'ai un renseignement important à fournir à M. Trélat. Ce n'est pas seulement une fois qu'une semblable opération a été faite avec ce résultat, mais c'est la seconde fois.

M. GUERSANT. M. Trélat n'a pas parlé de l'hémorrhagie, et cependant cela était nécessaire. Je ne crois pas que les résections chez les enfants soient plus graves que chez les adultes ; je pense même qu'ils supportent mieux les opérations en général. Pour ce cas particulier, je n'aurais pas hésité à faire l'opération.

M. GOSSELIN. Je désire savoir à quelle nature d'accidents l'enfant opéré par M. Marjolin a succombé.

M. MARJOLIN. L'observation de cet enfant est dans nos *Bulletins*. Il y avait eu hémorrhagie incessante du rebord alvéolaire avant l'opération, d'où anémie très-grande. Je fus obligé d'intervenir, et j'enlevai les deux tiers du rebord alvéolaire. L'enfant ne fut pas chloroformé ; il n'y eut pas de perte de sang ni pendant ni après l'opération. Au bout de trois quarts d'heure, cet enfant s'affaissa, et il s'éteignit insensiblement.

M. BOINET. Je voudrais savoir si l'enfant dont M. Trélat vient de parler a été soumis à l'action du chloroforme. S'il a été chloroformé, je crois qu'il n'aurait pas fallu le faire. En effet, toutes les opérations pratiquées sur la face, surtout chez les enfants, doivent être exécutées sans chloroforme, parce que le sang peut être avalé, et dès lors l'hémorrhagie passe inaperçue.

M. HUGUIER. A-t-on fait l'autopsie dans le cas rapporté par M. Trélat ? A-t-on examiné le tube digestif ? Il me semble que l'hémorrhagie aurait bien pu être latente si l'enfant avait dégluté le sang pendant l'opération et après qu'il a été transporté dans son lit.

M. TRÉLAT. Le cas de M. Marjolin a beaucoup d'analogie avec celui que j'ai rapporté. L'opération, il faut le reconnaître, a été un peu longue, et sa trop grande durée pourrait bien être une des causes qui ont amené la mort dans ce cas-ci. Il n'y avait pas de sang dans l'estomac. Je crois pouvoir expliquer la mort par une syncope facile chez les enfants, parce qu'ils s'épuisent plus facilement.

M. GUERSANT. J'approuve ces dernières réflexions. Il est, en effet, très-important d'opérer rapidement chez les enfants. Si le malade de M. Dolbeau a succombé, c'est sans doute à cause de la longueur de l'opération.

M. LARREY. J'ajoute à l'opinion de M. Guersant que c'était là aussi l'opinion de Dupuytren. Il pensait que les opérations pouvaient amener un épuisement nerveux et la mort.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la cenclusion est fondée : ce n'est pas le chloroforme qui a causé la mort. Quant à exclure l'usage du chloroforme dans les opérations de la face, comme le veut M. Boinet, je ne le crois pas bon. J'ai fréquemment enlevé des tumeurs érectiles par l'écraseur linéaire, sur le front, sur toutes les régions de la face ; comme l'opération était un peu longue, j'ai eu recours au chloroforme, et je n'ai jamais été témoin d'aucun accident. J'ai chloroformé des enfants qui avaient déjà été effrayés par une première tentative pour l'ablation des amygdales, et je n'ai pas eu à m'en repentir. Je chloroforme donc dans ces cas, mais avec cette réserve que je ne produis point une anesthésie profonde. Je rentre complétement dans l'opinion exprimée par M. Guersant : c'est qu'il est dangereux de faire des opérations longues : on s'expose alors à la mort par syncope. J'ajoute, en terminant, que dans les opérations de la face il faut toujours que l'opéré soit dans la position horizontale, et que l'on évite de lui relever la tête.

M. GIRALDÈS. Il existe des cas dans lesquels les enfants ont succombé sous l'influence d'une simple intimidation. Dans le cas présent, il pourrait se faire que le chloroforme n'étant pas en cause, la mort ait été produite par l'impression d'une sorte de terreur. Je me joins à M. Chassaignac, et comme lui je crois que l'on peut sans inconvénient chloroformer les enfants, si l'on a soin de les tenir couchés. Dans cette situation, le sang s'écoule dans le pharynx, mais non dans le larynx. M. Trélat a parlé du produit morbide, et il a dit que le tissu ostéo-cartilagineux qui le constituait était rare. Je ne suis point de cet avis. Dans les Indes ces tumeurs sont assez communes, et M. O'Shangnessy (de Calcutta) en a publié un très-grand nombre d'exemples chez les enfants indiens.

M. BROCA. Relativement à la théorie de l'épuisement nerveux, il convient de ne pas se payer de mots. Dans la pensée de Dupuytren, cette expression signifiait mort par excès de douleur. Or aujourd'hui les conditions sont bien différentes, il s'agit de cas de mort chez des individus qui ont été chloroformés ; on ne peut plus dès lors invoquer l'excès de douleur. Il faut donc chercher ailleurs l'interprétation de la cause de la mort dans ces cas.

M. LARREY. Je me range volontiers à cette manière de voir. Cependant, il faut reconnaître aussi que dans l'idée de Dupuytren l'épuisement nerveux rappelait la faiblesse, la prostration, et non uniquement l'excès de douleur.

M. BLOT. Tout en partageant l'opinion de M. Broca, je pense qu'il faudrait donner quelques explications. Quand on emploie le chloroforme, on peut trouver trois états différents. Dans la première classe on trouve des opérés qui ont l'aspect d'un cadavre; ils sont insensibles à toute sorte d'excitations. Pour ceux-là, je crois que M. Broca a raison ; ce n'est pas la douleur qui les a épuisés. Dans une deuxième classe de malades chloroformés, l'effet du chloroforme est de déterminer des mouvements, mais en rapport bien évident avec la douleur. Quand ces malades s'éveillent ils ne se souviennent de rien; mais il y a eu douleur, sans contredit; le système nerveux a été influencé, et pour eux, certainement, la mort par épuisement nerveux peut se produire. Dans une troisième classe, je place les individus qui, sous l'influence du chloroforme, exécutent des mouvements désordonnés, qui s'agitent sans que la douleur en soit cause, qui ont des rêves et se comportent d'après eux. Ici la douleur ne joue aucun rôle, et par conséquent l'épuisement nerveux ne peut être la cause de la mort. J'ai observé un cas dans lequel la mort a eu lieu sans opération, sans chloroforme, par le seul effet de la prolongation de la douleur. En résumé, je pense qu'il ne faut pas absolument rejeter l'épuisement nerveux comme cause de mort, même chez les individus chloroformés.

M. LARREY. Je rappellerai à la Société que lors de la discussion sur le chloroforme qui a eu lieu ici, on a abordé cette question.

M. BOINET. Je n'ai pas parlé des opérations sur la face, mais seulement de celles qui sont pratiquées sur la bouche.

M. TRÉLAT. Je n'ai rien à ajouter. Tout le monde est d'accord sur la cause de la mort dans le cas que je présente. Cependant, M. Giraldès a parlé de l'influence de la terreur; mais c'est toujours là une sorte d'épuisement nerveux.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. VERNEUIL. J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société le résultat d'une opération que j'ai faite à une femme qui avait une nécrose phosphorée du maxillaire supérieur.

Nécrose phosphorique de la mâchoire supérieure. — Début à gauche. Progrès continu; envahissement du maxillaire droit. Accidents arrêtés par une opération. Guérison. Réparation spontanée de la voûte palatine. Projet de prothèse.

Une femme de vingt-cinq ans, habituellement bien portante, n'of-

frant aucune trace de syphilis ou de scrofule, est couchée au nº 42 de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, au mois de septembre 1861. Elle est affectée d'une nécrose étendue de la mâchoire supérieure.

Depuis longtemps occupée à peser des allumettes chimiques, elle commença en 1859 à éprouver une céphalalgie très-intense et des douleurs vives à la face, surtout au niveau du maxillaire supérieur gauche; elle continua néanmoins son travail; mais au commencement de l'été 1861 les souffrances augmentèrent. Toutes les dents de la mâchoire supérieure s'ébranlèrent à gauche; il se forma du gonflement, des abcès, des fistules aux gencives, et une suppuration très-abondante et très-fétide inonda continuellement la bouche.

Un médecin constata la dénudation étendue du maxillaire gauche, arracha toutes les dents vacillantes et réséqua par fragments le bord alvéolaire correspondant. La maladie, jusqu'alors, n'avait pas dépassé la ligne médiane; mais cette limite fut bientôt franchie; les douleurs continuèrent, l'inflammation se propagea peu à peu du côté droit; les dents devinrent saillantes, à l'exception de la troisième molaire (la deuxième manquait depuis longtemps); la suppuration et les abcès se montrèrent. A droite, la voûte palatine fut dénudée, ainsi que toute la partie antérieure du maxillaire droit. A l'extérieur, la tuméfaction et la rougeur occupaient toute la joue, le commencement de la région parotidienne et la paupière inférieure. Le pus sortait en abondance des gencives, des fosses nasales et de la voûte palatine. Le mal progressait sous nos yeux, de jour en jour il envahissait le côté droit et menaçait de dénuder et de mortifier la totalité du maxillaire correspondant. Fièvre hectique; insomnie; dégoût des aliments; intoxication lente par les matières putrides issues du foyer buccal et avalées sans cesse. L'état paraissait assez sérieux pour motiver l'intervention. Toutefois, si la dénudation du maxillaire était évidente, si la formation d'une nécrose considérable était manifeste, il était tout aussi certain que la marche du mal n'était pas achevée et que la mortification faisait des progrès. Ajoutons que les séquestres étaient tout à fait immobiles; aussi pouvait-on croire que le travail de séparation était ou nul ou très-peu avancé.

Dans ces circonstances, une opération n'était guère indiquée; car on s'accorde à dire que les diverses amputations ou résections pratiquées dans les cas de nécrose phosphorique n'ont aucune utilité, qu'elles ne calment point les accidents, n'entravent point la marche du mal et n'empêchent pas la propagation aux parties osseuses que l'altération n'a cependant point encore envahies.

Malgré ces raisons, qui semblaient militer pour l'abstention, je passai outre, pensant qu'une résection portant uniquement sur les par-

ties nécrosées ne pourrait entraîner un danger sérieux; qu'une voie large et facile ouverte à la suppuration empêcherait la stagnation et la putréfaction du pus, et qu'enfin la soustraction des os jouant le rôle de corps étrangers pourrait atténuer l'irritation des parties molles et modérer les accidents inflammatoires. Je résolus donc de me comporter, abstraction faite de la cause spécifique du mal, comme si j'avais affaire à une nécrose simple. Je répète encore qu'à ce moment je ne croyais pas à l'isolement des séquestres, qui paraissaient tout à fait immobiles.

Je procédai de la manière suivante : pour agir en liberté, je fendis la lèvre supérieure dans toute sa hauteur, depuis la narine gauche jusqu'au bord libre à gauche du lobule médian. J'incisai la gencive verticalement et mis à nu le bord alvéolaire sur la ligne médiane. Engageant alors une branche de la pince de Liston entre la voûte palatine et la muqueuse décollée du palais, l'autre dans la narine gauche, je coupai la voûte palatine osseuse d'avant en arrière jusqu'à l'insertion du voile du palais.

J'incisai encore, dans une petite étendue et horizontalement, la muqueuse qui recouvrait la partie antérieure des deux maxillaires, et je pus alors, avec une sonde cannelée, isoler largement des parties molles la face superficielle du maxillaire gauche.

Saisissant alors cet os par le bord alvéolaire, et à l'aide d'un bon davier, je cherchai à lui imprimer quelques mouvements. A ma grande surprise, une traction très-modérée suffit pour ébranler un volumineux séquestre comprenant à peu près toute la moitié gauche de la mâchoire, moins le plancher de l'orbite et la paroi postérieure de l'antre d'Highmore. L'extraction se fit assez aisément.

Je reportai mon davier sur le maxillaire droit, grâce à la voie large ouverte par l'ablation du premier séquestre; mais je ne pus enlever ici qu'un petit nombre de fragments dont les uns étaient libres, dont les autres, tout à fait fixés au reste de l'antre, durent être fracturés et arrachés. De ce côté, la nécrose n'avait donc pas encore atteint la période de séparation.

J'abandonnai à la nature le soin de détacher et d'éliminer le reste des séquestres.

Toute cette opération fut prompte et n'amena qu'une perte de sang insignifiante. Une injection poussée dans le foyer de la nécrose fit sortir une grande quantité de pus grumeleux, concret et d'une odeur infecte. La lèvre supérieure fut réunie par quatre points de suture. La muqueuse palatine formait un grand lambeau flottant dans la bouche et tombait sur la langue; elle était libre et détachée dans toute l'étendue correspondant au maxillaire gauche, et ne tenait plus aux

parties adjacentes que par le voile du palais en arrière et par ses adhérences au bord alvéolaire droit.

Je songeai d'abord à fixer ce lambeau à la joue par deux ou trois points de suture, mais je crus pouvoir remettre à plus tard cette opération.

L'opération eut le plus heureux succès. La rougeur, la douleur, la suppuration diminuèrent rapidement, et à partir de ce jour les progrès de la nécrose s'arrêtèrent. La tuméfaction des gencives diminua, les trois fistules se rétrécirent; pendant plusieurs semaines quelques séquestres plus ou moins volumineux se détachèrent, et furent extraits soit par moi, soit par la malade; après quoi tout cessa, et le travail réparateur s'effectua spontanément. La muqueuse palatine, qui formait un lambeau horizontal flottant, se solidifia peu à peu, et acquit une telle résistance qu'aujourd'hui elle constitue un plafond buccal aussi solide que par le passé, et occupant à peu près la position naturelle.

Il est évident qu'une lame osseuse s'est reproduite, et qu'il existe une voûte palatine de nouvelle formation. La muqueuse palatine, avant de prendre de la consistance et de réoccuper sa position normale, s'était rétrécie par la rétraction inodulaire de sa face supérieure; elle formait du côté de la langue une saillie convexe trop étroite pour combler transversalement tout l'espace compris entre les deux côtés de l'arcade alvéolaire; de sorte qu'en avant, derrière les incisions et du côté gauche, existait une scissure assez large faisant communiquer librement la bouche avec les fosses nasales. Cette communication est aujourd'hui complétement effacée, le rebord alvéolaire du maxillaire gauche s'étant spontanément rapproché de la ligne médiane. Je dis rebord alvéolaire, je devrais ajouter de nouvelle formation. En effet, l'ancien bord alvéolaire a été enlevé à l'état de séquestre; mais sans doute le périoste a sécrété de nouvelles couches osseuses, car à la place de l'ancien maxillaire on sent une résistance qui ne peut être due qu'à des pièces osseuses : il s'est passé pour les parties supérieures le même phénomène qu'à la voûte palatine.

La difformité est actuellement très-peu marquée. La levre supérieure est seulement un peu déprimée; elle n'est plus verticale, mais oblique en bas et en arrière. Son bord libre toutefois touche facilement celui de la lèvre inférieure; celle-ci chevauche au-devant d'un demi-centimètre environ. Le nez a conservé sa forme intégrale; les narines sont seulement un peu obliques en bas et allongées d'avant en arrière. Il faut une certaine attention pour retrouver sous forme d'une ligne cicatricielle très-étroite le vestige de l'opération préliminaire pratiquée.

La déglutition s'effectue très-aisément ; la mastication est naturellement imparfaite, puisqu'il n'existe plus qu'une dent à droite et en haut ; elle se fait à peu près comme chez les vieillards, entre la langue et la voûte palatine.

La santé générale est très-bonne, les digestions régulières, la nutrition convenable. L'articulation des sons seule est notablement modifiée. La parole est sourde et nasonnée, cependant parfaitement compréhensible ; les mots sont tous prononcés, mais avec moins de pureté et de netteté que dans l'état normal.

Cette femme est très-contente de sa guérison, mais elle voudrait mieux, c'est-à-dire le rétablissement plus complet de la forme et des fonctions buccales ; elle est venue me consulter surtout pour savoir si elle pourrait porter un râtelier maxillaire supérieur (la mâchoire inférieure, qui n'a éprouvé aucune atteinte, est garnie de dents saines et bien rangées) ; or je pense que la prothèse peut trouver ici une utile application. Un râtelier repoussera en avant la lèvre supérieure, permettra la mastication et améliorera certainement la prononciation. A la vérité, on n'aura qu'un seul point d'appui solide à la mâchoire supérieure, puisqu'il n'existe plus qu'une molaire, très-solidement implantée du reste. La convexité et l'abaissement léger de la voûte palatine sont défavorables, mais en revanche, sur tout le côté gauche et derrière les incisives, il existe, entre la muqueuse du palais d'une part, les lèvres et la joue d'autre part, un sillon profond répondant à l'ancien bord alvéolaire, et qui servira utilement à l'enclavement de la pièce prothétique. Il serait d'ailleurs possible de prendre un point d'appui sur la mâchoire inférieure à l'aide d'un ressort vertical placé au fond de la bouche du côté gauche. Avec les progrès si remarquables de la prothèse, les difficultés seront, à mon avis, facilement surmontées, et les dégâts causés par une affection aussi grave et aussi étendue seront réduits au minimum.

En résumé, le but de cette communication est de montrer le mode de réparation spontanée que la nature seule a mis en usage ; puis d'en appeler de l'opinion générale qui proscrit toute tentative opératoire avant la limitation de la maladie et la constatation de la mobilité des séquestres. Si j'avais tardé davantage à opérer, les désordres eussent été, je crois, plus étendus. Je n'aurais pas sauvé une partie du maxillaire droit et une dent qui peut aujourd'hui rendre de grands services. J'ignore d'ailleurs si les accidents inflammatoires, les douleurs, la suppuration infecte, qui provoquaient déjà des accidents généraux graves, n'auraient pas compromis l'existence même de la malade. Ce fait prouve encore qu'un séquestre, malgré un travail d'isolement déjà bien avancé, *peut paraître tout à fait immobile*, parce qu'il est

en continuité avec des parties osseuses récemment mortifiées et encore fixes. La fragmentation du séquestre, quand elle est praticable aisément et à peu de frais, éclaire le diagnostic. C'est une manœuvre d'exploration, en même temps qu'un palliatif dont l'utilité, au moins dans le cas actuel, n'est guère contestable.

DISCUSSION.

M. TRÉLAT. On observe encore sur le côté gauche un pertuis fistuleux ; M. Verneuil croit qu'il est entretenu par quelques racines dentaires, mais je pense, de mon côté, qu'il y a peut-être encore là quelque fragment d'os nécrosé. Je suis d'avis d'appliquer un appareil prothétique.

Quant au fait en lui-même, on a discuté pour savoir si des opérations auraient pour effet de limiter la nécrose phosphorée. Plusieurs chirurgiens ont opéré dans ce but; eh bien, je proteste, comme j'ai protesté dans ma thèse contre ces opérations; nous ne pouvons pas fixer des limites au travail de nécrose. M. Verneuil a fait simplement l'ablation de séquestres; le résultat est excellent, et cela doit être. J'ai cité dans ma thèse un cas de Blandin, qui enleva avec succès dans ces conditions le maxillaire inférieur.

M. VERNEUIL. Rien ne faisait prévoir que les séquestres étaient mobiles, et la preuve c'est qu'à droite le séquestre était fixe; j'ai dû le détacher avec la pince de Liston.

M. TRÉLAT. Si j'ai bien compris M. Verneuil, il me semble qu'il n'a pas fait une véritable résection; il a tout simplement enlevé des séquestres un peu hâtivement. M. Verneuil croit avoir arrêté le travail de nécrose, je ne suis pas de son avis.

M. BROCA. Le fait de Blandin est relatif à une fille qui avait déjà éliminé des séquestres ; le périoste était complétement conservé et détaché; quelques dents tenaient encore, l'os nouveau existait déjà. Blandin se contenta de sectionner l'os nécrosé, afin de pouvoir l'extraire plus facilement. C'était une opération non sanglante.

— M. MARJOLIN. Je veux consulter la Société sur l'opportunité d'une opération à faire sur une petite fille qui porte une *tumeur congénitale sur le front*. La nature de cette tumeur, qui me paraît érectile, n'étant pas évidente, je voudrais savoir d'abord le diagnostic précis, puis s'il convient de faire l'opération de suite ou attendre.

M. CHASSAIGNAC. Il faudrait s'assurer d'abord si la tumeur a fait beaucoup de progrès depuis peu de temps.

M. GIRALDÈS. Je crois que cette fille m'a été présentée à l'hôpital des Enfants, et je pense que depuis ce moment sa tumeur a fait beaucoup de progrès.

M. LARREY. Il convient d'attendre avant de prendre un parti. Il faut surtout étudier la marche de cette affection.

M. BROCA. Je suis de cet avis, et dans le cas où l'opération serait indiquée, je pense que la galvano-puncture aurait ici une application fort utile.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.
Votants, 28 ; majorité, 15.

M. Dolbeau obtient. . . .	16 voix.
M. Legendre.	12 —

En conséquence, M. Dolbeau est nommé membre titulaire.
La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 4 juin 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Dolbeau, récemment élu membre titulaire, remercie la Société de sa nomination.

— M. Debout présente à la Société, de la part de M. le docteur Dauvergne (de Manosque), un mémoire intitulé *Nouvelle méthode et nouvel appareil glossocome pour le traitement des fractures du membre supérieur*. Paris, 1854, in-8°.

M. Dauvergne envoie en outre un mémoire manuscrit intitulé *Observations de luxations traumatiques et pathologiques*, etc. (Commissaires : MM. Debout, Larrey, Boinet.)

COMMUNICATION.

M. DEPAUL donne quelques détails relatifs à un enfant qu'il avait présenté à la Société dans l'une des précédentes séances. Cet enfant était atteint d'imperforation; M. Depaul, après avoir ponctionné l'obstacle situé dans le rectum, avait pu faire sortir le méconium. L'enfant a continué à aller bien pendant trois jours, c'est-à-dire jusqu'au samedi; alors il s'est affaissé peu à peu, et est mort sans qu'on

ait pu découvrir la cause de cette fâcheuse terminaison. Toutefois, ainsi que le remarque M. Depaul, l'opération avait produit le résultat désiré.

M. MOREL-LAVALLÉE a observé récemment un fait analogue à celui de M. Depaul. Un enfant n'avait rendu ni urines ni matières intestinales depuis sa naissance; le ventre était extraordinairement ballonné, et la tension était telle que la percussion ne faisait plus distinguer aucune différence de sonorité dans les diverses régions de l'abdomen. A l'examen, on trouva que l'urèthre était libre, et, en introduisant le doigt dans l'anus, on rencontra une membrane tendue, que M. Huguier ponctionna d'abord avec un trocart, puis incisa crucialement avec le bistouri; il sortit un flot de méconium. Le cours des urines était interrompu par la pression qu'exerçait sur le col de la vessie le rectum distendu par le méconium.

Ce fait porte son enseignement en ce sens qu'en faisant la ponction pour vider l'intestin, il serait possible de perforer la vessie si on n'avait pas le soin d'évacuer préalablement l'urine.

Ce petit malade avait été présenté à la consultation de l'hôpital Beaujon, et c'est parce qu'à ce moment M. Morel-Lavallée avait les mouvements de la main droite gênés par un furoncle, qu'il pria son collègue M. Huguier de faire l'opération.

LECTURE.

M. BEYRAN lit un mémoire sur les polypes de l'urèthre chez l'homme. Ce travail est renvoyé au comité de publication.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEBOUT met sous les yeux de la Société les moules, avant et après le traitement, d'un malade affecté de deux pieds bots *congénitaux*, traités avec succès par M. le docteur Delore, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce fait est remarquable surtout en ce que le malade avait atteint sa vingt-huitième année lorsqu'on a entrepris sa cure.

Le traitement ne dura pas moins d'une année et exigea huit opérations de ténotomie suivies de manœuvres violentes, de redressement pendant une demi-heure : sept ou huit personnes épuisaient tour à tour leurs forces dans ces tentatives énergiques, et cela sans qu'aucun accident soit jamais survenu. Puis un bandage amidonné était appliqué, en prenant le soin de maintenir pendant sa dessiccation le degré de redressement obtenu.

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, alors que les douleurs provoquées par les manœuvres avaient disparu, M. Delore

mettait en œuvre une série de nouveaux appareils très-simples, construits par M. Blanc. Ces appareils reposent sur la grande puissance rétractile du caoutchouc vulcanisé. Cette action, par sa continuité, terminait ce que les sections sous-cutanées avaient commencé.

Le résultat a été aussi complet que possible, puisque non-seulement les pieds sont complétement redressés, au point que leur flexion sur la jambe dépasse l'angle droit, mais leurs mouvements sont possibles dans tous les sens. Les muscles de la jambe n'ont pas encore recouvré leur volume normal, mais chaque jour amène un progrès à cet égard. Enfin le malade marche toute la journée et sans fatigue.

En présence de ce succès, peut-on répéter avec M. Delore qu'il n'est plus de pied bot incurable ? Je n'oserais le faire. Comme cette question ne peut être tranchée que par les faits, j'ai cru devoir rapprocher du cas de notre confrère de Lyon celui non moins intéressant qui m'a été communiqué par M. Ferd. Martin, et qui a pour sujet un homme âgé de trente-trois ans. Malheureusement, M. Ferd. Martin n'a pas pris soin, comme l'a fait M. Delore, d'étayer son témoignage par le moule du pied du malade après la guérison.

Voici la note de M. Ferd. Martin :

Pied bot équin varus congénital. — En 1825, M. le professeur Ant. Dubois m'engagea à disposer une jambe de bois pour un malade auquel il se proposait de pratiquer l'amputation de la jambe, au lieu dit d'élection, à raison d'un pied bot équin varus de naissance qui, par l'exercice de la marche, les mauvaises chaussures employées, et le défaut de secours mécaniques convenablement appliqués, avait fini par rendre la marche tout à fait impossible.

En examinant ce malade, je reconnus qu'il était affecté d'un pied bot équin varus ; que le gros orteil était porté fortement en dedans et appuyait sur le sol par sa face dorsale ; que les orteils suivants étaient refoulés et représentaient des espèces de champignons excoriés et de toutes parts en suppuration ; et qu'enfin le cinquième orteil avait été détaché. Ce malade l'avait trouvé un jour dans sa chaussure !

Malgré l'ancienneté de cette affection, les grands désordres qu'elle présentait, et quoique le malade fût âgé de trente-trois ans, je proposai à mon excellent maître de tenter le redressement, et le malade me fut confié pour l'honneur de l'art.

J'ai fait usage d'un appareil moins perfectionné que celui que j'ai employé depuis, mais qui reposait sur les mêmes principes ; c'est-à-dire que ç'a été pour ce cas extrêmement difficile que j'ai imaginé mon appareil à vis de rappel, se croisant à angle droit.

J'ai surveillé le malade pendant un mois environ, apres quoi il a lui-même continué et achevé son traitement.

Le redressement n'a jamais été parfait, néanmoins le malade a depuis marché avec facilité et la surface plantaire reposant sur le sol. Les orteils ont repris leur direction naturelle, quoiqu'ils soient restés un peu gros et difformes.

M. BOUVIER. Je ne veux en aucune façon faire porter la critique sur le cas de guérison dont vient de nous entretenir M. Debout; mais je crois qu'il ne faut pas établir de règles d'après un seul fait. Il y a bien certainement des pieds bots incurables, et deux circonstances me paraissent surtout influer sur le degré de curabilité. D'abord l'état natif de la difformité; quand elle est accidentelle, on peut dire que la guérison s'obtient presque à tout âge; mais il n'y faut plus compter après dix-huit à vingt ans, quand la difformité est native.

M. Delore dit que son malade lui a affirmé que la difformité était congénitale; en examinant le pied, il paraît probable qu'il en est ainsi, cependant on peut conserver quelques doutes en raison de l'état des muscles. M. Delore fait remarquer que le pied se meut dans tous les sens depuis l'opération, tandis qu'avant les orteils seuls exécutaient des mouvements; or, il est rare que dans le pied bot congénital il y ait de la paralysie, ce serait moins extraordinaire dans le cas de pied bot accidentel. La deuxième condition bien connue d'incurabilité réside dans l'état des os.

Quant au fait de F. Martin, le pied bot était accidentel: dès lors il rentre dans la classe des cas ordinaires.

Je dois ajouter une autre réflexion relativement à la pratique de Bonnet, dont M. Delore est l'un des chauds partisans. Je pense qu'en principe il est dangereux de faire exécuter des mouvements considérables immédiatement après la ténotomie, ainsi que le conseillait Bonnet. On peut ainsi produire des accidents graves; en faisant les manœuvres quatre ou cinq jours plus tard, on a encore le bénéfice de la ténotomie, et l'on ne court aucun risque. Peut-être dans le cas de M. Delore a-t-on multiplié un peu trop les ténotomies. Celles qui ont été faites en dernier lieu pour sectionner les brides fibreuses de la plante du pied auraient pu être évitées, et je vis que les extensions forcées auraient suffi pour vaincre les tissus fibreux.

M. FOLLIN fait remarquer qu'il serait utile d'avoir des renseignements sur la manière dont le moulage des deux pieds a été fait. En examinant le pied après la guérison, non-seulement les modifications ont porté sur la position des divers éléments du pied, mais encore sur leur forme; ceci est surtout remarquable pour le premier orteil: sur l'un des pieds il est gros, arrondi; sur l'autre, il est petit et

comme effilé. On dirait que ces pieds appartiennent à des individus différents.

M. DEBOUT fait observer que les deux moulages ayant eu lieu à un intervalle d'une année, le pied a subi des modifications; que d'ailleurs le deuxième moulage a été fait le pied étant appuyé sur le sol, et que cela a pu influer sur la forme des orteils.

M. GUERSANT. J'ai constaté, comme M. Bouvier, qu'il y avait une grande différence à établir entre le pied bot accidentel et le congénital, au point de vue de la guérison. Dans le premier cas, le succès est plus facile, plus fréquent. Je pense aussi, comme mon collègue, qu'il faut éviter les mouvements violents immédiatement après la ténotomie. Il faut attendre que les parties molles superficielles soient cicatrisées, c'est-à-dire quatre ou cinq jours au moins. C'est aux mouvements qui avaient été faits le jour même de l'opération que, dans deux cas, j'ai attribué l'érysipèle que j'ai vu se développer sur le dos du pied.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC montre un malade âgé de soixante-trois ans, auquel il a pratiqué la résection du premier métatarsien, et fait remarquer la bonne conformation des parties, la position normale de l'orteil correspondant et l'étendue de ses mouvements.

M. MARJOLIN présente à la Société un petit garçon âgé de deux ans et demi, qui porte depuis sa naissance, au niveau de la région surcilière droite, une tumeur molle, inégale, du volume environ de la moitié d'un petit œuf de poule. Toute la paupière supérieure fait partie de la tumeur, qui s'étend depuis l'angle externe de l'œil jusque vers la racine du nez. La peau n'est ni rouge ni amincie, seulement le système veineux paraît un peu plus développé. L'œil n'est pas chassé de l'orbite, mais la paupière supérieure le recouvre presque complétement. L'arcade surcilière est intacte. Il est très-difficile de dire d'une manière précise si la tumeur plonge dans l'orbite. Un peu au-dessus du sourcil droit, il y a en outre une autre tumeur oblongue, inégale, formant un cordon noueux, de consistance variable; cette tumeur, qui est aussi congéniale, occupe en grande partie la région fronto-pariétale droite; elle a 11 centimètres de longueur, tandis que la précédente n'en mesure que 7.

Lorsqu'on cherche à la déprimer avec le doigt, on arrive sur les os du crâne, qui ne présentent aucune solution de continuité, mais des parties inégales. Pas de battements dans la tumeur, qui est irréductible. Lorsque l'enfant crie ou lorsque l'on incline un peu la tête en

bas, le volume de la tumeur augmente sensiblement, et sa coloration change; elle devient d'un rouge bleuâtre.

Jusqu'à ce moment il n'y a eu aucun accident; pas de convulsions; la santé générale de l'enfant est très-bonne; seulement depuis trois semaines, le volume de la tumeur a augmenté. La mère a eu cinq enfants qui se portent bien, et ne présentent aucune trace de nævus; elle n'a perdu qu'un enfant à huit mois.

D'après ce qui vient d'être énoncé, M. Marjolin est porté à croire qu'il s'agit d'une tumeur veineuse, seulement il a des doutes sur son point de départ primitif, et il ne serait pas éloigné de croire qu'elle a des connexions intimes avec les os du crâne. Quel traitement faut-il employer ?

M. Marjolin ne pense pas que l'on puisse songer à employer ici l'un des procédés de ligature, tels que celui de Rigal, mais il ne verrait aucun inconvénient à tenter une injection de perchlorure de fer dans la tumeur.

L'un des secrétaires, E. Foucher.

Séance du 11 juin 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mordret, du Mans, adresse un manuscrit intitulé : *Quelques accouchements difficiles*. Observations inédites. (Commissaires, MM. Depaul, Danyau, Blot).

— M. le docteur Albespy, de Rodez, adresse une lettre relative au cas de résection du coude que M. Lala a communiqué à la Société, et sur lequel M. Trélat a fait récemment un rapport. La Société décide, après une courte discussion, que cette lettre sera renvoyée à l'examen de la commission qui a été chargée du rapport de M. Lala, et qui se compose de MM. Huguier, Jarjavay, Trélat.

M. Debout, à propos du procès-verbal, transmet de la part de M. Delore de nouveaux renseignements sur le malade opéré de pied bot dont il a été question dans la dernière séance.

« M. Bouvier, dit M. Delore, met en doute la congénitalité de l'affection, parce que je ne l'affirme pas. Or, à ce sujet, je suis en mesure d'être actuellement très-positif, si toutefois il est permis de s'en

rapporter aux assertions toutes spontanées d'un homme intelligent, qui n'a aucun intérêt à cacher la vérité.

» Mon opéré affirme donc être venu au monde avec un double pied bot ; de plus, il ajoute qu'une de ses nièces est également affectée de cette difformité depuis sa naissance. Aucune autre personne de sa famille, qui habite les Vosges, n'a présenté, à sa connaissance, un semblable vice de conformation.

» Je demande encore la permission d'insister sur un point, c'est que mon malade n'a aucun muscle paralysé ; il en a de très-peu développés, les gastro-cnémiens surtout ; mais tous fonctionnent, imparfaitement, il est vrai, sous l'influence de la volonté et de l'excitation galvanique. »

M. CHASSAIGNAC désire rappeler l'attention de la Société sur le malade opéré de résection qu'il a présenté dans la précédente séance. Il fait remarquer que le gros orteil a conservé beaucoup de force, malgré l'ablation du métatarsien, parce que les tendons ont été ménagés. L'opération a consisté à faire une incision courbe à la face interne du pied ; puis, après avoir relevé le lambeau, à passer une scie à chaîne autour de l'os pour le sectionner, et à faire la désarticulation en dernier lieu. La plaie, recouverte d'une cuirasse de sparadrap, n'a été pansée que tous les huit jours, et la cicatrisation a été complète au bout de trois semaines.

COMMUNICATION.

Blépharoplastie. Nouveau procédé. — M. ALPH. GUÉRIN. Je désire entretenir la Société d'une opération de blépharoplastie par un procédé qui me semble préférable à ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici ; je n'ai pas besoin de rappeler tout ce qui a été fait dans le but de reconstituer des paupières déformées ou détruites par des cicatrices de brûlure. Depuis quelques années, les chirurgiens français ont adopté le procédé d'autoplastie, qui consiste à emprunter à la joue ou à la tempe un lambeau que l'on applique entre les deux lèvres d'une incision pratiquée parallèlement au bord libre de la paupière.

Nous savons tous les avantages et les inconvénients de cette opération. Elle expose à l'érysipèle, à l'infection purulente, et la gangrène du lambeau en est fréquemment la conséquence.

Ayant depuis plusieurs mois dans mon service un jeune homme à qui je devais pratiquer une blépharoplastie, et n'osant avoir recours à la méthode indienne à une époque où l'érysipèle est une complication de la plupart des opérations, j'ai imaginé le procédé suivant, qui appartient à la méthode d'autoplastie dite par glissement :

Je pratique d'abord deux incisions qui se réunissent en Λ (V ren-

versé) un peu au-dessous du milieu du bord libre de la paupière; puis je fais une incision qui, partant de l'extrémité de la branche externe du Λ, se continue en dehors parallèlement au bord libre de la paupière dans une étendue proportionnée au déplacement que l'on devra faire subir au lambeau qui résulte de ces incisions.

Une autre incision semblable est faite en dedans; de telle sorte qu'après avoir disséqué deux lambeaux circonscrits en dedans et en dehors du Λ, on peut reporter la paupière aussi haut qu'on le désire. Pour maintenir ce résultat, j'unis par la suture entortillée les bords correspondants des lambeaux, de manière que leur point le plus inférieur soit au-dessus du sommet du triangle ou V renversé, qui reste à la place qu'il occupait avant l'opération.

L'adhérence des bords des lambeaux pourrait peut-être suffire à maintenir les parties au point où elles ont été reportées; mais pour plus de certitude, j'ai cru devoir consolider le résultat de l'opération en unissant par la suture les bords avivés des deux paupières.

Je vais maintenant vous montrer le malade que j'ai opéré il y a seize jours.

Les plaies triangulaires, résultant du transport des deux lambeaux, sont à peu près guéries; les bords de ces lambeaux sont si bien unis, que l'on distingue à peine la cicatrice linéaire qui résulte de leur soudure. La nouvelle paupière est lisse et polie; la peau qui la forme ne diffère en rien de celle d'une paupière naturelle.

Le résultat obtenu est aussi satisfaisant que possible, et l'opération est d'une exécution si facile qu'elle ne peut être comparée qu'à celle des opérations les plus élémentaires.

Rapport sur plusieurs observations chirurgicales adressées à la Société par M. le docteur Champenois, médecin-major de première classe. (Commission, MM. Richet, Huguier et Verneuil, rapporteur.)

Messieurs, les hasards de la pratique, la position qu'occupent les praticiens, aussi bien que leurs tendances personnelles, influent beaucoup sur la nature des œuvres que vous adressent les chirurgiens désireux de s'associer à nos travaux.

M. le docteur Champenois, médecin-major de première classe, a réuni plusieurs observations de lésions traumatiques ou de lésions organiques ayant nécessité des opérations. Il en a composé un petit fascicule qui n'est pas dénué d'intérêt, et dont je vais vous rendre compte.

Il y a six observations que je dois vous faire connaître, au moins sommairement.

La première est intitulée : *Nécrose du tibia droit; extraction de sa*

diaphyse par l'emploi des couronnes concentriques de trépan; régénération de l'os en substance et en forme par le périoste.

Il s'agit d'un jeune Kabyle âgé de quatorze ans, présentant les manifestations multiples de la diathèse scrofuleuse et affecté depuis quinze mois d'une nécrose du tibia droit. Le membre, gonflé, raccourci, présente çà et là des trajets fistuleux qui conduisent au séquestre.

Une application de sulfate de cuivre, faite par un médecin arabe, a largement détruit les parties molles vers les parties moyennes de la jambe; d'où résulte une dénudation étendue de l'os nécrosé, dont la mobilité est facile à percevoir.

Grâce à cette voie toute tracée, M. Champenois peut attaquer le séquestre par sa partie moyenne sans toucher aux parties molles restées saines, ni à l'os nouveau. Deux larges couronnes de trépan et deux couronnes de tréphome, appliquées sur la peau nécrosée, la divisèrent en deux fragments, qui furent extraits sans difficulté de la gaîne osseuse nouvelle formée par le périoste. Inégal à ses deux extrémités, le séquestre comprenait à sa partie moyenne toute l'épaisseur du tibia, et ne mesurait pas moins de 19 centimètres de longueur.

La cure fut traversée par divers accidents: un abcès se forma dans la gaîne des muscles de la patte d'oie; la suppuration prit à deux reprises la coloration bleue; une rougeole épidémique se déclara. Cependant au bout de cinquante jours environ, la grande cavité, qui contenait la partie mortifiée, était presque entièrement effacée. Le tibia avait repris sa forme et son volume à peu près normaux.

L'opération avait été pratiquée le 24 mars, et le 30 mai l'enfant marchait avec des béquilles, et s'appuyait assez fortement déjà sur le membre malade.

L'observation s'arrête là; c'est à mon avis un peu trop tôt, et la publication de ce fait est peut-être prématurée.

Cependant, je bornerais là mon analyse si l'auteur ne semblait vouloir donner à ce fait une portée plus générale. Indépendamment du titre que j'ai reproduit plus haut, j'en trouve un autre que je ne puis laisser passer sans quelque critique; le voici : *Observation à l'appui du rôle ostéogénésique du périoste, et des avantages du trépan dans les opérations sous-périostées (procédé du baron Larrey par emboîtement des couronnes).*

Et d'abord, je n'ai qu'à donner approbation entière à la segmentation des séquestres comme moyen de faciliter leur extraction; c'est une manœuvre antique dont l'utilité n'a plus besoin de démonstration; je suis également disposé à préférer le trépan quand il est applicable

aux autres instruments (scie, gouge et marteau, etc.) capables de fragmenter la pièce osseuse ; le procédé mis en usage est donc bon. Mais je ferai remarquer que ce qui a été fait ici n'a aucun rapport avec les opérations sous-périostées, et qu'en concédant à ce fait tout l'intérêt qu'il mérite, je n'y puis voir autre chose qu'un cas de nécrose et d'extraction de séquestres qui ne diffère en rien des cas innombrables consignés déjà dans la science.

Quant au rôle régénérateur du périoste, qu'il me soit permis de dire qu'il est au nombre de ces vérités qu'on est depuis longtemps dispensé d'étayer par des preuves nouvelles. Ce n'est pas sans étonnement que je vois la recrudescence d'ardeur avec laquelle depuis quelque temps on s'évertue à publier de nouveaux cas de nécrose qui n'ajoutent rien aux connaissances que nous ont léguées nos ancêtres chirurgicaux, et en particulier ceux qui florissaient au milieu et à la fin du siècle dernier. Nos neveux auront quelque peine à comprendre les motifs de cette réminiscence ; aussi croyons-nous utile de les avertir qu'il y a de la mode en chirurgie comme ailleurs, et qu'à toutes les époques peut s'appliquer le proverbe : *Multa renascuntur quæ jam cecidere.*

Les trois observations suivantes ont trait à la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Je passe rapidement sur la première. La guérison fut obtenue en mettant le bras dans une attitude moyenne, entre l'abduction et la flexion ; en d'autres termes, dans la position où le bras sain est placé par la contraction des fibres antérieures du deltoïde. Cette attitude est rarement mise en usage ; je l'ai signalée parce qu'elle constitue le détail le plus spécial de l'observation.

Les deux autres faits m'arrêteront davantage, parce qu'ils ont rapport à une question qui a souvent été débattue parmi nous. Je fais allusion à la luxation de l'épaule compliquant la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ; dans l'un de ces cas, la lésion fut méconnue, et surtout masquée par la malencontreuse application d'un appareil inamovible placé le jour même de l'accident et laissé jusqu'au cinquantième jour.

A cette époque, le diagnostic fut posé par M. Champenois ; mais la consolidation était faite dans des rapports à jamais vicieux, et qui sans doute ne laissent aucun espoir d'améliorer les fonctions très-compromises du membre.

Ce fait est bon à noter, car il démontre pour la millième fois les inconvénients et les dangers de l'appareil inamovible appliqué sur-le-champ, et supprimant cette surveillance si indispensable dans les premières phases du traitement des fractures.

Dans l'autre observation, en revanche, le diagnostic bien posé, les indications bien saines, conduisirent à une thérapeutique rationnelle, dont le prix fut une guérison complète, qui fait honneur aux lumières de M. Champenois.

Je serai très-bref sur la cinquième observation. Elle est intitulée : *Tumeur blanche squirrheuse, consécutive à une entorse tibio-tarsienne négligée; amputation de la jambe au lieu d'élection; guérison.* Retranchons de ce titre l'épithète de squirrheuse tout à fait impropre et qui donnerait une idée fausse de la nature du mal. Ajoutons qu'avant d'en venir au sacrifice du membre, on avait employé vainement les moyens les plus énergiques, et nous vous aurons donné une notion suffisante de ce fait, qui n'offre rien de remarquable.

La sixième observation emprunte son intérêt, sinon à l'étendue du traumatisme, au moins à son siége simultané sur les deux membres inférieurs.

Un Arabe eut les deux pieds fracassés à la bataille d'Inkermann; quarante jours plus tard on l'amputa des deux côtés au-dessus des malléoles. Il fallut attendre vingt et un mois la cicatrisation des moignons, encore s'ulcérèrent-ils; en 1859, ils étaient coniques. La guérison des plaies cicatricielles exigea encore trois mois, et rien ne prouve qu'il ne faudra pas recourir quelque jour à une amputation secondaire.

Ce fait est peu favorable à la chirurgie trop économique.

Votre rapporteur a l'honneur de vous soumettre les conclusions suivantes :

1° Adresser une lettre de remercîments à l'auteur;

2° Renvoyer à nos *Bulletins* les observations de fracture de l'humérus compliquées de luxation;

3° Déposer honorablement aux *Archives* le reste du manuscrit.

Trois observations de fractures du col de l'humérus, une de fracture simple, deux de fracture compliquée de luxation.

Suites fâcheuses de la non-réduction; avantages du chloroforme pour faciliter cette opération par les moyens de douceur, et de la méthode de Duverney pour la consolidation régulière.

Obs. I. — *Fracture directe du col de l'humérus gauche; gonflement considérable; consolidation dans la position horizontale du bras.*

B... (Sylvain), âgé de dix-huit ans, serrurier à Bougie, avait abattu un frêne dont le tronc était resté soutenu par deux branches. Profitant d'une dépression du terrain, il mangeait, assis sous cette espèce de trépied avec trois de ses camarades, quand tout à coup le tronc

tourna et s'affaissa sur deux des membres de la réunion. L'un en fut quitte pour deux fortes contusions à la hanche et au bras.

Chez B..., il y avait une vive douleur à l'épaule gauche, presque doublée de volume et ecchymosée en avant; les mouvements spontanés étaient impossibles; l'engourdissement s'étendait jusqu'aux doigts, la douleur jusqu'au coude; les moindres mouvements communiqués arrachaient des cris, et les muscles entraient en contraction convulsive.

La crépitation ne put être constatée. L'important était de prévenir l'inflammation imminente, pour compléter ensuite le diagnostic de la fracture présumée.

Son mécanisme s'expliquait par la position du blessé au moment de l'accident. Il avait cherché à se coucher dans le creux où il était assis; mais l'épaule gauche avait été arrêtée par le rebord durci du sol, et l'arbre avait atteint l'épaule droite au niveau de l'angle postérieur de l'acromion. — 20 sangsues dans l'aisselle. Lin. camph. op.

L'abondant écoulement du sang diminua beaucoup la douleur.

Du 18 avril, jour de l'entrée à l'hôpital, au 22, le gonflement tomba et permit de constater, en avant et en dehors de l'acromion, une saillie osseuse pointant dans l'épaisseur du muscle deltoïde. Le membre était raccourci de trois centimètres; la saillie sous-deltoïdienne, à cinq centimètres en avant et en dehors de l'angle antérieur de l'acromion, n'était autre chose que l'extrémité d'un fragment osseux oblique en dedans et en arrière, formant un angle aigu ouvert en dedans avec le reste de l'humérus parallèle au tronc.

Le 28, il fut possible d'élever le bras à l'horizontalité où l'on voulait le maintenir.

La déformation devint alors bien caractéristique. La tête du blessé étant en parfaite rectitude, le point le plus culminant de l'épaule malade se trouvait, par rapport au lobule de l'oreille, plus rapproché de quatre à cinq centimètres que celui du côté opposé; le raccourcissement de trois centimètres persistait.

L'élévation du bras dans une position perpendiculaire au tronc étant chose décidée, l'anse d'un lacs fixé par ses extrémités au pied du lit empêcha l'épaule de remonter, pendant qu'un second, horizontalement placé, retenait autant que faire se peut l'omoplate en place, et qu'un troisième assurait la fixité du coude. Cette partie du membre, séparée du matelas par un épais coussin, se trouvait ramenée dans l'axe du fragment supérieur. L'avant-bras et la main, garnis d'un bandage spiral, pouvaient changer de position.

Jusqu'au vingt-cinquième jour, ces conditions furent patiemment supportées; et comme chaque fois qu'il y avait lieu de rectifier l'action des lacs, de légers mouvements étaient imprimés à l'articula-

tion, elle jouissait déjà, à cette époque, d'une grande mobilité en tous sens. B... exécutait facilement tous les temps de l'action de limer ; il ne lui fallait plus qu'un peu de force pour reprendre son travail.

Réflexions. — Malgré l'absence de crépitation, il n'est pas resté de doute sur l'existence d'une fracture. Produite directement par la pression de l'épaule sur le revers du trou où le blessé était assis, elle avait intéressé le col chirurgical dans une direction oblique en haut et en dedans, de manière à constituer un fragment en biseau dont la base correspondait au trochiter. Ce fragment, livré à l'action prédominante des muscles rotateurs en dedans, présentait sa coulisse bicipitale en rapport avec le sommet de l'apophyse coracoïde, et sa grosse tubérosité entre cette apophyse et l'acromion ; la tête humérale, au lieu de déborder par le haut la cavité glénoïde, la débordait par le bas, et la pointe de son biseau, loin d'être dirigée en bas, faisait saillie en haut, en avant et en dehors ; de sorte que pour ramener le reste de l'os complétement dans son axe, il eût fallu le relever un peu au-dessus du plan de la clavicule, et lui faire représenter avec la direction générale de cet os un angle presque droit ouvert en avant. Pareille position eût été trop pénible à tenir sans appareil de Bonnet (de Lyon).

Le terme moyen employé laissait subsister une légère angularité au contact des deux fragments ; mais au point de vue fonctionnel le dommage a été nul, car la pointe qui irritait le deltoïde n'a pas tardé à s'émousser.

Obs. II. — *Fracture du col de l'humérus compliquée de luxation ; non-réduction de la tête de cet os ; mouvements très-bornés.*

M. M..., sous-lieutenant d'infanterie, prenant sa seconde leçon d'équitation, cherchait à se remettre l'étrier gauche au pied, lorsque sa monture appuya brusquement à droite et lui fit tout d'un coup perdre assiette. La chute eut lieu sans violence sur le sol sablonneux remué du manége. Le cavalier, petit, sec et nerveux, sans trace d'aucun vice constitutionnel, n'avait subi aucun traitement mercuriel, et pendant de rudes exercices au gymnase divisionnaire, un mois auparavant, aucune douleur ne s'était manifestée du côté de l'épaule gauche. C'est là qu'au moment de la chute il ressentit une douleur vive, avec craquement marqué, engourdissement rapide de tout le membre et impuissance des mouvements spontanés. L'épaulette avait été ployée sur elle-même de bas en haut ; le bras se laissait aller à des mouvements étendus en tout sens, et, abandonné à lui-même, pendait le long du corps, sans écartement et sans rotation.

Le gonflement était considérable. Le lendemain, parut sous la clavicule une ecchymose qui devait durer jusqu'au trente-cinquième jour. C'était la main gauche qui la première avait porté contre le sol. Séance tenante, un bandage amidonné cartonné avait été appliqué sur tout le membre, et ne fut levé que le cinquantième jour.

A cette époque, quand je pus examiner l'épaule, le squelette de la région s'accusait fortement sous la peau semée de taches pétéchiales; les angles de l'acromion semblaient vouloir la perforer ; de l'antérieur à l'épicondyle, on constatait trois centimètres de raccourcissement ; immédiatement au-dessous de cette apophyse, une brusque dépression laissait arriver le pouce jusqu'à la cavité glénoïde ; un peu en avant et au-dessous de son angle antérieur, une pointe osseuse pénétrait dans l'épaisseur du deltoïde, et se rattachait en dedans par un plan également osseux, triangulaire et transversal à une tumeur hémisphérique solide qui s'arrondissait sous le bec coracoïdien, de manière à rendre plus caractéristique encore la déformation de l'épaule par l'accroissement vertical de la paroi antérieure de l'aisselle et l'effacement du creux sous-claviculaire. Du côté du creux axillaire, les doigts étaient arrêtés par un angle à bords osseux dont le sinus contenait une matière de remplissage. L'axe de l'humérus avait sa direction normale, mais son prolongement supérieur aboutissait plus en dedans qu'à l'ordinaire. Malgré le peu de liberté de l'articulation, en immobilisant l'omoplate, on voyait les mouvements communiqués au bras se transmettre à la pointe et à la tumeur sous-coracoïdienne. Les articulations du coude, du poignet et des doigts étaient tellement roidies, que quatre mois ne suffirent point à leur rendre les mouvements normaux. D'après les signes sus-indiqués, il n'était plus possible de méconnaître la double existence d'une luxation sous-coracoïdienne et d'une fracture du col de l'humérus. Le déplacement de la tête avait dû précéder la rupture de l'os, qui s'était faite en dehors de la capsule, laissant à l'extrémité articulaire un biseau de la diaphyse ; ce biseau, devenu horizontal par l'action des muscles, et offrant en bas son plan de fracture, avait contracté, à angle droit, des adhérences avec l'extrémité correspondante du corps de l'os. La présence de cet angle devait rester un obstacle aux mouvements d'abduction et d'élévation du bras, et, pour un faible écart, il fallait que l'omoplate basculât, à cause de l'arrêt opposé par cette saillie rencontrant la face inférieure de l'acromion.

A ce second fait, l'observation suivante servira de critique.

Obs. III. — *Fracture du col de l'humérus compliquée de luxation sous-coracoïdienne de la tête de cet os; réduction de la luxation; consolidation de la fracture; conservation de tous les mouvements.*

Un peintre de soixante-huit ans étant ivre, tombe à la renverse dans un escalier, et l'épaule va heurter contre l'angle d'une marche. L'usage du membre est impossible, l'épaule sensiblement déformée. En avant et un peu plus bas que l'acromion, une saillie anguleuse correspond à une ecchymose profonde et transversale; là, suivant le blessé, aurait porté tout l'effort. Plus en arrière et au-dessous de l'acromion, l'indicateur pénètre dans une dépression notable et constate facilement que la tête a quitté la cavité. La saillie de l'acromion est caractéristique. Dans l'aisselle, le tendon du grand dorsal forme une corde dure du bord postérieur à l'antérieur. En arrière et en dedans, le grand rond produit une saillie plus épaisse. Au-dessus de ces saillies, vers le sommet du creux de l'aisselle, une tumeur irrégulièrement arrondie se meut isolément presque en tous sens, mais sans participation aux mouvements de l'os, qui ne donnent lieu à aucune crépitation. La saillie anguleuse, au contraire, fait corps avec la diaphyse de l'acromion à l'épicondyle; la mensuration donne 3 centimètres de raccourcissement.

Le coude est porté en arrière et rapproché du tronc. L'abduction, l'élévation sont impossibles, et la flexion de l'avant-bras difficile. Le chloroforme permet de compléter le diagnostic en supprimant la contracture. La tête est bien luxée dans le sommet du creux axillaire, séparée de la diaphyse et mobile sous l'apophyse coracoïde. L'extrémité du fragment inférieur soulève le deltoïde. Un autre petit fragment est implanté dans ce muscle. La crépitation peut être obtenue.

Après deux jours de repos et de détente, on renouvelle l'anesthésie jusqu'à résolution musculaire. Un aide maintient le bras perpendiculairement à l'axe du tronc, pendant que j'embrasse circulairement le moignon avec les deux mains, les pouces croisés sur l'acromion, les autres doigts plongeant au sommet de l'aisselle pour ramener en dehors la tête articulaire, qui bientôt cède à mes efforts, malgré le peu de prise.

La régularité du moignon s'est rétablie. Un coussin est fixé dans l'aisselle, l'avant-bras fléchi à angle aigu et la main retenue sur l'épaule saine.

Le contact entre les fragments paraît aussi convenable que possible, et la bande contentive laisse le moignon tout à fait libre.

Le vingt et unième jour, l'épanchement de sang avait disparu; le quarante-septième, à la levée de tout l'appareil, les mouvements

étaient presque nuls dans l'articulation ; c'était le scapulum qui glissait sur le thorax. Au bout de soixante et onze jours, la mobilité était déjà notable dans l'articulation. A la fin du septième mois, je revis le malade avec presque toute l'amplitude des mouvements primitifs.

RÉFLEXIONS GÉNÉRALES. — La première observation démontre clairement les avantages de la méthode de traitement de Duverney pour parer aux inconvénients de l'horizontalité et de la rotation du fragment supérieur à la suite des fractures du col chirurgical de l'humérus.

Ledran ne fait que les amoindrir en diminuant l'écart entre le bras et le tronc. Abstraction faite de la luxation, l'observation II est un exemple des obstacles opposés à l'abduction et à l'élévation du membre par la rencontre de l'angle des fragments avec la voûte de l'acromion.

Quand on croyait ne pouvoir trouver prise sur le fragment supérieur qu'après consolidation et par l'intermédiaire de l'inférieur, la position du bras perpendiculaire au tronc n'avait évidemment pas d'égale au point de vue de la réduction tardive et du rétablissement des mouvements.

Mais le chloroforme, en produisant la résolution des muscles contracturés, a permis d'essayer les manœuvres de douceur, et le succès a couronné les tentatives.

Cette méthode si simple a l'avantage de pouvoir être employée immédiatement après l'accident ou après la chute du gonflement, et de rendre à la fois la consolidation plus régulière et le retour des fonctions plus facile.

Se priver de cette double ressource, c'est encourir à plaisir les risques d'une consolidation ou douteuse ou vicieuse, avec dépôt de matière de remplissage, gonflement de l'extrémité osseuse, douleurs persistantes et gêne plus ou moins grande dans les mouvements, si l'ankylose n'est pas complète. On croit parfois avoir échappé à ces inconvénients parce qu'il existe une certaine mobilité; mais le blessé est seul à ne pas voir que le travail se passe presque exclusivement entre l'omoplate et le tronc.

Les tentatives de réduction doivent donc être la première règle du traitement des fractures du col compliquées de luxation. A la résistance des muscles, il faut opposer le chloroforme administré jusqu'à résolution.

Les manœuvres de force ne trouvant leur application qu'après la formation du cal, il importe de placer les plants de la fracture dans les meilleures conditions de rapport, en élevant, comme Ledran, le

fragment inférieur dans l'axe du supérieur, sur lequel les moyens de contention sont sans effet.

L'un des secrétaires, E. Foucher.

Séance du 18 juin 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Mendes. *Estudo sobre a hemeralopia a proposito dos casos observados na guarnição de Lisboa.* Lisbonne, 1862, in-12. (M. Giraldès, rapporteur).

— *De l'accouchement provoqué considéré au point de vue médical, théologique et médico-légal*, par M. Brillaud-Laujardière, avocat. Nantes, 1862, in-8°. (M. Laborie, rapporteur).

— M. Diday, de Lyon, écrit à M. le président pour le prier d'annoncer à la Société que l'inauguration du monument élevé à la mémoire du professeur A. Bonnet aura lieu le 2 juillet prochain, à Lyon. M. Diday invite la Société à envoyer un de ses membres pour assister à cette cérémonie.

COMMUNICATION.

M. Chassaignac. La communication que j'ai l'honneur de soumettre à la Société a pour objet de faire éviter à ceux d'entre nous qui s'occuperaient de statistique chirurgicale une erreur dans laquelle il est impossible de ne pas tomber quand on n'est pas prévenu. Jusqu'à ce jour la statistique opératoire des hôpitaux de Paris n'a eu pour base que les pancartes des malades et les relevés mensuels de chaque service.

J'ai acquis la certitude que ces bases ne sont pas exactes. Elles sont fausses par des motifs que je vais indiquer et qui malheureusement sont restés inconnus jusqu'à présent.

C'est par la confrontation des registres officiels de l'administration avec un registre tenu jour par jour pendant huit années que j'ai été mis sur la voie de l'erreur que je signale et dont voici la source.

Chaque fois qu'une opération importante est pratiquée, cette opération doit être inscrite sur la pancarte du malade, et c'est cette pancarte qui, envoyée au bureau de l'hôpital par les soins de la religieuse de

chaque salle, devient la base du relevé mensuel. Or, qu'arrive-t-il? Souvent la religieuse, préoccupée de tous autres devoirs, omet de faire inscrire l'opération sur la pancarte, d'envoyer celle-ci au bureau, et chacun de ces manquements entraîne la disparition complète des traces de ce qui s'est passé. Quand, à la fin du mois, on présente à la signature du chef de service la liste presque toujours incomplète des opérations, il signe l'état mensuel qui ne renferme rien d'absolument faux en ce sens qu'on y aurait mentionné des opérations imaginaires, ou indiqué, au sujet des opérations faites, une issue différente de celle qui a réellement eu lieu, mais qui est tout à fait inexact en ce sens qu'une partie des opérations pratiquées y est omise.

Et qu'on ne croie pas que ces omissions ne portent que sur des opérations de peu d'importance. J'ai constaté des lacunes ayant pour objet des amputations de cuisses, des résections considérables, des ablations de tumeurs volumineuses, du col de l'aisselle, du sein, etc.

M. JARJAVAY. Je partage complétement l'opinion de M. Chassaignac. Pour ce qui concerne l'hôpital Saint-Antoine, les relevés mensuels n'ont pas été présentés au chef de service ni en 1860 ni en 1861. Au mois de mars seulement, on m'a présenté à signer les relevés des quatre derniers mois; or, dans l'un de ces mois, les accidents avaient été si nombreux et si graves, que j'avais fait huit amputations en cinq jours, et les relevés des quatre derniers mois qui m'étaient présentés en relataient un nombre moindre. Cela tenait en effet à ce que les relevés mensuels étaient faits par la sœur et les bureaux, et que le chef de service n'était pas interrogé sur ce point.

M. BROCA. Personne ne conteste l'inexactitude et l'insuffisance des documents avant la création de la statistique telle que l'a organisée M. Husson. C'est même pour obvier à ces inconvénients que cette statistique a été créée. Dès lors que cette statistique fonctionne, les relevés mensuels faits par le bureau n'ont plus d'importance, et si on les continue, c'est dans un but purement administratif, afin que l'on puisse savoir vite ce qui s'est passé pour répondre aux demandes de renseignements adressées par l'autorité supérieure.

Toutefois, pendant la période où l'on ne peut consulter que les registres des bureaux, je pense qu'on peut encore s'en servir avec fruit, car s'il y manque beaucoup de faits, c'est le hasard qui a présidé à ces omissions, et les relevés sont encore utiles, sinon complets.

M. MOREL-LAVALLÉE. On vient de parler des *Bulletins de statistique,* je veux y signaler deux lacunes : il n'y est question ni des

causes ni de l'issue du traitement des malades qui ne sont pas opérés; c'est là, selon moi, une omission grave.

M. CHASSAIGNAC. Il n'est pas douteux que l'ordre de faits que je viens de signaler trouvera sa rectification, depuis que M. Husson, reconnaissant le vice des relevés mensuels sur pancartes, a exigé pour chaque malade, opéré ou non, un bulletin spécial de statistique. Ce bulletin, à la rédaction duquel est engagée la responsabilité de l'interne du service, ce qui n'avait pas lieu avant l'arrêté de M. Husson, donnera aux statistiques à venir un élément de contrôle et de réalité qui a fait défaut jusqu'ici. En résumé, l'inexactitude des indications sur pancartes et sur relevés mensuels a radicalement faussé les appréciations d'une statistique qui n'avait pas suffisamment fouillé l'origine de ses chiffres.

Il n'est donc nullement prouvé que sur un nombre égal d'opérations graves faites dans les hôpitaux de Paris, on perde plus de malades que n'en perdent les chirurgiens anglais dans les hôpitaux de Londres; d'autant plus que chez nous ce sont les cas de mort qui ont le moins de chances d'être omis, puisque le bulletin de la mairie oblige toujours à en tenir compte.

M. le professeur Jarjavay vous a formellement déclaré l'absence de mention d'un certain nombre d'amputations faites dans son service, et les registres de l'administration ne conservent aucune trace d'une opération importante dont l'histoire vous a été communiquée *in extenso* par M. Marjolin, et qui est insérée textuellement dans les *Bulletins de la Société de chirurgie.*

M. MARJOLIN. La statistique rigoureuse ne doit commencer qu'en 1861, et si le relevé mensuel doit continuer, il est à désirer qu'il soit fait d'une manière plus régulière, car, suivant les hôpitaux, on le présente tous les mois ou tous les trois ou quatre ans. Nous avons bien chez nous l'acte de l'état civil pour nous renseigner; mais même avec cela, la statistique ne saurait être exacte. On a parlé de l'exigence des bulletins de décès comme devant charger le chiffre de la mortalité; mais dans les hôpitaux d'enfants, il en est plus d'un quart qui sortent et qui doivent succomber, c'est une compensation.

M. BOINET. M. Broca nous a dit que l'on pouvait encore faire des relevés utiles avec les anciens registres.

En 1838, j'ai voulu faire une statistique pour l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis et Necker, et il m'a été impossible d'arriver à aucun résultat. Les billets d'entrée ne portent aucune indication précise, et le plus grand nombre des malades de chirurgie est indiqué comme atteint de contusion, tandis qu'en médecine c'est l'indication fièvre qui do-

mine. On preserivait bien de reetifier ees erreurs, mais cela ne se faisait jamais, et les registres des bureaux conservent les mêmes indications erronées.

M. GIRALDÈS. Il est très-vrai, comme l'a dit M. Marjolin, que dans les hôpitaux d'enfants un grand nombre, gravement malades, sont enlevés par les parents et meurent chez eux. M. Boinet ne remarque pas que si sur les billets d'admission délivrés au Bureau eentral on se contente de l'indieation plaies et fièvres, c'est au chef de serviee à régulariser le diagnostic; pour moi, je n'ai jamais manqué de le faire.

Il n'en est pas moins vrai que lorsqu'on fait un relevé, il faut y prendre bien garde, car on est obligé d'établir la proportion des morts et des guéris, sans avoir le nombre complet des malades.

Je veux soumettre en outre à la Société quelques remarques au sujet du parallèle établi entre la statistique de nos hôpitaux et celle des hôpitaux de Londres.

Il a été beaueoup question à l'Académie de médeeine des statistiques anglaises, et surtout de celles des hôpitaux de Londres. Dans cette diseussion, cependant, on a oublié la chose la plus élémentaire, de produire ces doeuments. Cela eût été diffieile : il n'existe pas en effet une statistique complète et officielle des hôpitaux de cette capitale. Sans doute quelques hôpitaux de premier ordre, Saint-Georges, Guy's Hospital, possèdent tous les éléments nécessaires pour ce travail; mais jusqu'à présent, à part quelques esquisses isolées de M. Holmes pour l'hôpital Saint-Georges, de M. Bryant pour Guy's Hospital, de Porter et Ericksen pour University College Hospital, l'on peut dire que les statistiques officielles se bornent à trois documents : l'un pour Guy's Hospital, par le docteur Steele, *Numerical analysis of the patients treated in Guy's Hospital, from* 1854 *to* 1861, inséré dans le journal *Of statist Society of London.*

Le deuxième par le doeteur William Stone : *Statistical Report of the patients treated in Saint-Thomas hospital from* 1857 *to* 1860.

Le troisième par le docteur Georges Edwards : *Statistical tables* of *the patients under treatment in the wards* of *Saint-Bartholomey's hospital during* 1860.

Ce sont les seuls documents officiels dignes de quelque intérêt; on ne peut pas considérer comme documents sérieux les quelques renseignements statistiques insérés dans *Saint-Mary hospital Reports* ou *London hospital Report*, etc.

Si donc la statistique de nos hôpitaux laisse beaucoup à désirer, celle des hôpitaux de Londres n'est pas à l'abri de tout reproche; si je voulais en donner la preuve, il me suffirait de eiter M. Forster

White, trésorier de l'hôpital Saint-Bartholomee, et le dernier travail de miss Florence Nightingale dans les *Transactions of the national Association for the promotion of social science* 1861.

M. BROCA. M. Boinet a introduit dans la question un élément tout à fait étranger en parlant des registres d'entrée, où l'on simplifie le travail le plus possible ; ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais des relevés mensuels, qui eux aussi ne sont pas sans reproche. Suivant M. Chassaignac, une statistique serait inexacte dès lors qu'elle est incomplète ; mais en partant de là, la statistique ne serait possible qu'en remuant des milliers de chiffres, et encore n'atteindrait-on pas une rigueur mathématique. La statistique des naissances elle-même n'est pas complète. En se servant des anciens registres, on perd des unités ; mais sans parti pris et tout à fait au hasard, le résultat peut encore être suffisamment bon, et l'on peut arriver ainsi à la vérité à un millième près. L'expérience a démontré que la statistique est exacte en vertu de ce qu'on a appelé la *loi des grands nombres*, quand même on laisse tomber des unités, pourvu que ces unités portent sur chacun des facteurs, et non exclusivement sur un seul. Si l'objection qui consiste à dire que les cas d'une certaine nature, les unités de morts par exemple, sont seuls négligés, était vraie, le relevé est alors entaché d'inexactitude ; mais il faut dire que les relevés mensuels dans les hôpitaux sont présentés à la fin du mois, alors que le malade est encore dans les salles, et qu'ils n'ont aucun rapport avec les billets mortuaires.

Si d'ailleurs cette objection était fondée, il y aurait une mortalité tout à fait extraordinaire ; pour moi, si je rappelle mes impressions, il ne me paraît pas que les statistiques soient trop sombres, et je fais appel aux souvenirs de mes collègues. Avant la statistique de M. Malgaigne, on regardait les amputations de cuisse comme assez peu graves ; à cette trompeuse sécurité a succédé une défiance que légitiment les résultats. La chirurgie est devenue plus conservatrice sous l'influence d'une statistique qui donne des notions relatives et non absolues.

M. TRELAT. Il est certain, comme l'a dit M. Boinot, que l'on éprouve de l'embarras à faire des statistiques avec les registres des bureaux. Mais, ainsi que je l'ai fait, il faut, en remontant à ce qui s'est passé durant le séjour du malade, savoir interpréter la valeur des mots plaies, contusions, etc. Ce qui me prouve que cette manière de procéder n'est pas mauvaise, c'est que, comme vous l'a dit M. Broca, le chiffre de la mortalité est bien en rapport avec ce que chacun de nous observe ; c'est qu'en outre, venant dix ans après M. Malgaigne, j'arrive sensiblement aux mêmes résultats. Je con-

nais cependant les défauts de la statistique, et j'ai demandé, par exemple, que les relevés mensuels ne comprissent que les malades sortis dans le mois. Il faut le dire aussi, les chirurgiens me paraissent assez mal fondés à se plaindre de l'inexactitude des relevés. S'ils voulaient veiller à ce qu'ils fussent bien faits, et ne pas abandonner uniquement la besogne aux employés du bureau, les erreurs n'auraient plus lieu.

M. MARJOLIN. Les bulletins mensuels forment un élément de contrôle nuisible; car il est erroné; il faudrait donc les faire supprimer, et ne prendre pour base que les observations complètes que l'on peut consulter avec fruit.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade sur laquelle j'ai pratiqué, en 1858, à l'hôpital Saint-Louis, la **résection du coude.** J'ai apporté ici, à cette époque, les trois portions d'os que j'ai enlevées, et l'observation est consignée dans nos *Bulletins.* J'ai, l'année suivante, présenté la malade complétement guérie. Aujourd'hui, on peut se convaincre que la guérison s'est parfaitement maintenue.

La malade se sert de son avant-bras et de sa main comme si le coude n'avait pas été enlevé. Tous les mouvements sont facilement exécutés. La sensibilité est complète en tous les points. La force de l'avant-bras et de la main est aussi grande que de l'autre côté.

La flexion est très-complète. Quant à l'extension, on peut se convaincre qu'elle se produit sous l'intervention de la volonté, comme du côté opposé. En effet, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, si on applique la main sur l'avant-bras de façon à s'opposer à l'extension et qu'on demande à la malade de fairo ce mouvement, on sent très-bien que l'avant-bras pousse la main qui le retient, et que l'extension se fait ensuite aisément si on laisse le mouvement se produire en retiraut la main que l'on avait appuyée sur l'avant-bras.

Cette femme est dévideuse dans une maison de passementerie, et elle exerce son état depuis plus de trois ans. Son bras supporte toute fatigue sans inconvénient.

La santé est excellente. C'est, comme on peut le voir, un résultat complétement heureux.

Le secrétaire annuel, F. FOUCHER.

Séance du 25 juin 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Armand Després adresse un exemplaire de son *Traité de l'érysipèle*. Paris, 1862, in-8°.

— M. le docteur Penard (de Rochefort-sur-Mer), envoie deux planches représentant deux cas de monstruosité, et accompagnées d'un texte explicatif. (Rapporteur, M. Trélat).

— M. le docteur Phelippeaux (de Lyon), membre correspondant de la Société, envoie un mémoire intitulé : *De la cautérisation dans le traitement des hernies ombilicales étranglées.* Ce mémoire est inscrit sur l'ordre du jour pour être lu à son tour.

Suite de la discussion sur la statistique des hôpitaux.

M. TRELAT. Je n'avais pas l'intention de revenir sur la discussion qui a eu lieu dans notre dernière séance, et je pensais que la Société devait rester juge de l'importance qu'il convient d'accorder aux objections émises par notre collègue M. Chassaignac. Mais j'ai su qu'un homme dont la parole a une grande valeur sur ces sortes de questions, le directeur général de l'Assistance publique, se fondant sur les faits énoncés par M. Chassaignac, a exprimé la pensée que les relevés opératoires des années passées étaient entachés d'erreurs et d'omissions nombreuses, et qu'on ne pouvait en conséquence établir aucune discussion sur une semblable base. Dès lors, il convient d'examiner à nouveau si l'argumentation que vous avez entendue autorise une fin de non-recevoir aussi absolue. Notre collègue nous a dit que dans son propre service, en 1854, on avait omis de porter sur le registre un certain nombre d'opérations. Il nous a fait connaître le mécanisme vicieux suivant lequel se pratique à Lariboisière l'inscription des malades opérés ; attentives ou négligentes, les sœurs hospitalières seraient seules chargées de ce soin délicat et important.

Il y a là, je le comprends, une porte ouverte à l'erreur, et cependant, dans l'espace de huit années, il a été tenu compte de 1,254 opérations pratiquées dans le seul service de M. Chassaignac, tandis que, pendant le même temps, les trois services de l'Hôtel-Dieu n'en donnent que 1,670 ; les deux services de la Pitié, où certes la chirur-

gie n'était pas inactive, 1,578 ; la Charité 1,081, et Beaujon, tout aussi fréquenté que Lariboisière par les grands accidents, 819. Vous le voyez par la simple comparaison de ces chiffres, s'il y a eu des oublis, ils ont dû être bien rares.

Mais ne nous laissons pas égarer par les mots ; personne en France n'a tenté jusqu'ici d'accoupler monstrueusement dans un relevé statistique toutes les opérations ensemble. On a répété à satiété qu'il fallait comparer des objets comparables, et se bien garder d'empiler pêle-mêle les cuisses et les doigts, les tailles et les ponctions d'hydrocèles. Aussi n'a-t-on appliqué les méthodes statistiques qu'à certaines opérations déterminées, les amputations, les hernies, assez nombreuses pour pouvoir être utilement comparées.

Que nous importe donc, au point de vue spécial des amputations, qu'on ait oublié de noter une injection iodée dans un kyste ovarique ou telle autre opération que vous voudrez? C'est d'amputations qu'il s'agit et non d'autre chose.

Mais je vais plus loin, j'admets qu'il y ait eu des oublis, que 10, 20, 30, 50 amputations aient échappé au relevé que j'ai communiqué à l'Académie ; j'admets même, grande bienveillance, que ces 50 amputations aient donné 50 succès, c'est-à-dire qu'au lieu d'avoir 522 morts sur 1,144 amputés, nous trouvions 522 morts sur 1,200 amputés, savez-vous ce qui résultera de cette bypothèse toute gratuite ? Le chiffre de mortalité va descendre de 45 à 43. Au lieu de perdre 4 opérés 5/10, vous en perdrez 4 3/10 sur 10. Il y a une différence, mais elle est bien minime si vous la comparez à l'énorme variation que j'ai, pour les besoins du raisonnement, fait subir à l'un de mes chiffres. C'est l'avantage et l'utilité des grands nombres que M. Broca faisait ressortir dans notre dernière séance. Cet exemple est suffisamment démonstratif.

Faites, Messieurs, cette distinction importante, que nous avons voulu publier non des dénombrements, mais des statistiques, choses bien différentes. Le dénombrement donne le chiffre absolu, la statistique cherche des relations de nombre, des proportionnalités, parfois elle trouve des lois. Elle n'a pas un besoin rigoureux de la totalité des faits pour établir ses proportions, il lui suffit de nombres relativement élevés. Ces vérités, élémentaires pour ceux qui ont l'habitude du langage et des méthodes statistiques, ne sont pas facilement saisies de prime abord, et cependant elles ont une extrême importance.

Dans ces conditions, je ne crains pas d'avancer que l'analogie entre les résultats de statistiques faites dans des temps et avec des matériaux différents confirme la valeur de chacune d'elles. Or ces

analogies sont frappantes, si on compare les chiffres qu'a donnés M. Malgaigne avec ceux que j'ai obtenus. Je dis analogie et non similitude ; il y a, en effet, dans la période décennale qui vient de se terminer un progrès sensible, assez également réparti sur toutes les amputations.

Je le dis avec conviction : en dehors de la statistique, il n'y a, au point de vue des résultats, rien qu'une ignorance ténébreuse. Ignorance ou illusion, c'est tout un. Nous ne sommes pas la vérité absolue, mais nous sommes la vérité actuellement possible.

En résumé, on nous dit : Vos statistiques sont trompeuses, parce que vous avez dû commettre des oublis. Nous répondons : Nous ne prétendons pas avoir toujours été à l'abri de l'erreur, mais elle a dû être rare, et elle est sans portée sur le résultat. Nous énonçons des résultats, des proportions, nous demandons des résultats contradictoires. Jusque-là le débat porte à faux, et ne mène à aucune conclusion.

M. CHASSAIGNAC. Je ne sais pas jusqu'à quel point il est utile de faire intervenir ici ce qui a pu être dit au dehors, et je pense que M. Trélat eût pu se dispenser de rapporter des paroles attribuées à M. Husson et qui n'ont rien d'utile pour la discussion actuelle. Je n'ai pas voulu traiter les travaux de M. Trélat, ceux de M. Malgaigne, avec sévérité, ni déverser le blâme sur ce que ces chirurgiens ont fait avec conscience, mais je dis que les matériaux dont ils se sont servis sont mauvais. C'est un motif sérieux et d'intérêt général qui m'a porté à signaler les causes d'erreur, que j'ai pu découvrir facilement en comparant mes registres avec ceux de l'hôpital. J'ai déjà signalé les différences considérables que j'avais notées, et d'autres chirurgiens ont trouvé des lacunes semblables dans leur hôpital. Et puis, pourquoi retrancher certains relevés ? Vous trouvez les relevés de l'hôpital Saint-Louis insuffisants, vous les supprimez ! N'appelez plus dès lors votre travail une statistique des hôpitaux de Paris. La statistique doit se prouver par elle-même; pas n'est besoin d'y faire intervenir l'induction, et je n'admets pas que M. Trélat interprète comme il l'a fait les renseignements fournis par les relevés, pas plus que je n'admets ce que M. Broca appelle la *loi des grands nombres*. Comment ! vous oubliez dix malades sur cent, et vous dites que cela n'a pas d'importance! Cela n'est pas admissible, et si des statistiques ainsi faites peuvent encore avoir un certain degré d'utilité, vous ne pouvez les donner comme fournissant des éléments suffisants de discussion.

M. VOILLEMIER. Je suis partisan des statistiques même quand elles sont imparfaites, car elles sont encore utiles, ne fût-ce que pour empêcher de publier des résultats erronés. J'ai vérifié les bulletins statistiques

des hôpitaux, et je les ai trouvés très-défectueux : un grand nombre d'opérations y sont omises. Il serait d'ailleurs bien difficile de trouver des vérités absolues par la statistique, quand il s'agit, par exemple, des opérations ; il faudrait remarquer que la mortalité peut être accrue par suite des lésions concomitantes. Il est certain, en outre, que le chirurgien qui a pour principe d'amputer tout ce qui se présente aura une proportion plus grande de succès que celui qui se borne à amputer dans les cas graves. J'ai toujours engagé mes internes à recueillir les observations, à publier tous les faits avec la plus grande liberté, et malgré cela j'ai souvent vu les observations tronquées et inexactes. Une statistique ne peut être bien faite que par le chef de service lui-même, car, en consultant les relevés, on arrive seulement à des approximations ; et d'ailleurs, qu'entendra-t-on par opération ? Y placera-t-on les ouvertures d'abcès, les ablations d'amygdales? Vous le voyez, il est bien difficile de tirer parti des statistiques telles qu'elles sont faites ; c'est très-regrettable sans doute, mais cela est, et nous devons le dire.

M. TRÉLAT. Sans doute, si l'on cherchait à connaître la pratique de chaque chirurgien, il faudrait suivre la marche indiquée par M. Voillemier. Mais nous ne recherchons que la solution d'une question de salubrité. Je ne crois pas non plus qu'il soit exact de dire qu'en opérant toujours on obtient plus de succès ; je pense plutôt que le contraire est vrai, et ceux qui sont sobres d'opérations ont les résultats les plus heureux.

M. VOILLEMIER. M. Trélat ne remarque pas qu'en amputant rarement on n'opère que les malades atteints de grands délabrements, comme ceux que nous voyons à Lariboisière, et qui ont été blessés par les chemins de fer ou de grandes machines. Il y a alors des lésions profondes graves qui entraînent la mort du malade, et tous ces cas viennent, à tort, assombrir le tableau des amputations.

LECTURE.

M. DESANNEAU lit un mémoire sur un nouveau procédé d'*ablation des polypes naso-pharyngiens*. (Renvoyé à MM. Guérin, Chassaignac et Verneuil.)

— La séance est levée à cinq heures.

L'un des secrétaires, E. FOUCHER.

Séance du 2 juillet 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Fleury (de Clermont), membre correspondant, adresse une *Observation de pseudarthrose du bras, traitée avec succès par le séton.*

— M. le docteur Putégnat (de Lunéville), membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Du traitement du chancre phagédénique.*

Ces deux mémoires sont inscrits à l'ordre du jour pour être lus à leur tour.

— M. le docteur Holmes Coote, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Barthelemy, à Londres, adresse un manuscrit écrit en anglais, intitulé : *On nævi materni.* (Commissaires, MM. Giraldès, Legouest, Follin.)

— La Société a reçu en outre : *Des kystes de l'ovaire et de l'ovariotomie d'après la méthode anglaise.* Paris, 1862, in-8°.

COMMUNICATION.

M. BROCA. Je viens communiquer à la Société un fait d'observation qui me paraît d'autant plus intéressant que je ne l'ai encore vu mentionné nulle part. Il s'agit du mouvement de pulsation imprimé aux liquides qui communiquent avec le canal médullaire des os longs. Dans deux circonstances, j'ai pu observer ces pulsations.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme atteint d'une nécrose du fémur, et auquel M. Richet avait enlevé un séquestre dix-huit mois auparavant. La plaie s'était refermée. Quand j'ai vu le malade, il souffrait beaucoup, et le stylet pouvait pénétrer dans un trajet intra-osseux, qui donnait issue à quelques gouttes de pus. J'agrandis l'ouverture, et j'y plaçai une sonde en gomme élastique.

Pendant un mois, nous avons pu voir le pus monter et descendre dans le tube élastique, et offrir des battements isochrones à ceux du pouls. Après un mois, la suppuration ayant diminué, le phénomène a cessé; mais, en injectant un liquide dans le tube, on a vu les battements reparaître.

Dans le deuxième cas, le phénomène a duré moins longtemps. Un

ulcère de la jambe s'était recouvert d'un épithélioma qui avait perforé le tibia. Une cautérisation avec le chlorure de zinc produisit une eschare qui mit à nu un pertuis pénétrant dans la cavité du tibia. Le pus contenu dans ce foyer à ouverture étroite offrait des battements moins prononcés que dans le premier cas, et qui cessèrent lorsque l'ouverture de l'os se fut agrandie.

Lorsque j'observai le premier malade, je me suis demandé si les battements ne dépendaient pas de quelque disposition tout à fait spéciale et accidentelle des artères contenues dans les parois du foyer. Mais en voyant le phénomène se reproduire chez le deuxième malade, j'ai dû songer à une condition plus générale, analogue peut-être à celle qui produit les battements du cerveau. On sait que dans le crâne ces battements ne se manifestent qu'autant qu'on y pratique une ouverture. La moelle des os n'est-elle pas dans des conditions analogues ? Entourée de vaisseaux sinon volumineux, du moins nombreux, ne pouvait-elle pas être soulevée dès qu'une ouverture du canal médullaire s'est produite ?

On sait, en outre, que les mouvements de la respiration ont une influence bien évidente sur ceux du cerveau, et la physiologie en rend parfaitement compte. Nous avons recherché s'il n'en était pas de même pour la substance médullaire des os; mais nous n'avons rien remarqué d'appréciable sous ce rapport chez nos deux malades.

M. FOLLIN. Les faits dont M. Broca vient de nous entretenir sont l'expression d'un fait plus général, ainsi que l'ont démontré des expériences faites par M. Piégu. Ce médecin a fait voir qu'il existe des battements dans tous les tissus. Il enfermait un membre dans un appareil en plâtre hermétiquement fermé à ses extrémités, et communiquant par une ouverture à un tube rempli d'eau; il était facile de constater que le liquide était agité par des pulsations. Les fongosités sont souvent le siége de battements bien évidents. Ainsi, dans un travail publié par M. Triquet, il est question de fongosités de la membrane de la chambre moyenne de l'oreille, qui étaient recouvertes de croûtes que l'on voyait battre comme le pouls.

Je pense que dans les faits de M. Broca les pulsations avaient lieu dans les fongosités.

M. RICHET. Le premier malade dont a parlé M. Broca avait été, en effet, opéré par moi, et je lui avais enlevé un séquestre du volume du petit doigt. J'ai vu des faits semblables, et, dans un cas entre autres que j'ai observé dans le service de M. Laugier, j'ai failli être induit en erreur.

J'avais enlevé un séquestre du frontal, le diploé était à nu et l'on y voyait des battements assez énergiques pour soulever l'eau versée

dans le fond de la plaie; l'interne du service crut un instant qu'il existait une communication avec la cavité crânienne, ce qui était inexact. M. Velpeau a signalé ces faits dans ses leçons cliniques, et moi-même j'en fis l'objet d'une leçon à l'Hôtel-Dieu, à propos du malade dont je viens de parler.

Je veux, en outre, revenir sur un autre point. M. Broca pense que l'encéphale n'a aucun mouvement quand le crâne n'est pas ouvert. J'ai fait de nombreuses expériences à ce sujet, et je les ai répétées devant MM. Gavarret et Longet. En soulevant quelques-unes des lames vertébrales vers la terminaison du canal rachidien, il est facile de voir le déplacement du liquide encéphalo-rachidien.

M. BROCA. Les expériences de M. Richet ne me paraissent démontrer que ce qui est admis par tout le monde, à savoir, que la sérosité du cerveau va dans le canal rachidien et *vice versa*. Quant aux faits signalés par MM. Follin et Richet, ils sont intéressants, et il est facile de comprendre qu'il existe des battements là où il y a des artères, et c'est ainsi que tous les tissus et que les fongosités présentent des pulsations. Mais ce n'est pas ce phénomène que j'ai voulu signaler; il m'a paru que les battements que j'ai observés se rattachaient à un principe plus général; qu'ils tenaient à quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans le crâne lorsqu'on y fait une ouverture.

M. RICHET. Mes faits ne sont pas différents de ceux de M. Broca. Chez son premier malade, le liquide battait dans une cavité tapissée de bourgeons charnus, comme cela s'observe sur le crâne, au tibia, au fémur.

M. GUERSANT. Je veux seulement rappeler que j'ai parfaitement vu le liquide battre dans l'ouverture d'un os, faite dans le but d'obtenir la consolidation d'une fracture.

RAPPORT.

Observation d'anévrysme spontané du creux poplité, guéri par la compression digitale, par M. OLLIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

M. VERNEUIL. Messieurs, vous m'avez chargé, il y a quelque temps, de vous rendre compte d'une observation qui nous a été adressée par M. le docteur Ollier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et qui a trait à un *anévrysme poplité traité par la compression digitale*.

Ma tâche sera courte, et il me suffira pour la remplir d'analyser rapidement les circonstances principales de ce cas remarquable.

(1) Observation recueillie par M. Lépine, interne des hôpitaux.

Depuis que cette méthode est entrée dans la pratique usuelle, rarement elle a produit des résultats plus prompts, plus décisifs, et à moins de frais. Notre ancien collègue Lenoir, de regrettable mémoire, disait un jour en raillant qu'on guérissait actuellement les anévrysmes en y touchant; il semble que cette plaisanterie s'est presque réalisée dans le cas présent, puisque sinon la guérison, du moins le travail d'oblitération a commencé dans une simple séance d'exploration, destinée à établir le diagnostic de la tumeur.

Malgré le grand âge du malade, la date déjà ancienne et le volume considérable de la tumeur, onze heures à peine de compression, réparties en plusieurs journées, ont amené la cure radicale, sans douleurs vives, sans accidents quelconques, ce qui rend superflue toute apologie du traitement mis en usage.

Je ne cache point mes sympathies pour cette méthode, qui cependant est loin de réussir toujours, comme j'ai pu m'en convaincre par ma propre expérience. Je concéderai à qui voudra que la somme des insuccès égale au moins celle des réussites; mais ne dût-on obtenir qu'une fois sur cinq un résultat semblable à celui que je vais vous relater, l'essai de la compression digitale dans les anévrysmes poplités restera toujours une sorte de devoir pour le chirurgien.

M. T..., âgé de soixante-douze ans, ancien officier supérieur de l'armée espagnole, vient en décembre 1861 consulter M. Ollier pour une tumeur située dans le creux poplité du côté droit. C'est un homme vigoureux, d'une constitution sèche; jamais il n'a été atteint de syphilis ni de rhumatismes; il ne boit pas de liqueurs alcooliques; il a toujours mené une vie très-sobre. La région malade n'a pas été antérieurement, autant qu'il s'en souvienne, le siége d'un traumatisme quelconque.

Il y a dix-huit mois, il commença à ressentir des douleurs vagues dans le creux poplité. Ces douleurs n'attirèrent pas vivement son attention; mais il y a quatre mois, la palpation de cette partie lui révéla la présence d'une tumeur animée de battements. Depuis lors la tumeur grossit lentement, mais d'une manière continue.

Voici son état le 8 décembre :

Son volume est celui d'un gros œuf de dinde, avec un prolongement inférieur (à peu près le volume du poing); elle fait une saillie très-sensible dans le creux poplité.

A distance on distingue très-bien ses battements. En appliquant la main sur la tumeur, on reconnaît qu'elle est le siége d'un mouvement d'expansion très-prononcé; les battements sont énergiques, isochrones au pouls. Ils cessent dès qu'on comprime l'artère crurale. En explorant avec soin la tumeur dans ses connexions profondes, on

constate qu'elle ne fait pas corps avec le fémur. Sa forme est allongée ; elle a un prolongement fusiforme vers l'arcade du soléaire. Elle est facilement et presque complétement réductible. Les parois sont souples. Ces deux caractères montrent l'absence de caillots ou d'une couche fibrineuse épaisse à la surface interne de la poche.

L'auscultation indique un bruit de souffle intermittent et rude, coïncidant avec la diastole artérielle. Son maximum se fait sentir au-dessus du condyle interne, entre ce condyle et les muscles dont les tendons vont constituer la patte d'oie. A ce niveau, la main a la sensation d'un frémissement vibratoire (thrill), mais il est très-peu prononcé. Les battements de la pédieuse ne sont pas perceptibles du côté malade. Les deux membres inférieurs étant quelque temps exposés à l'air, on constate que la jambe et le pied sont moins chauds à droite qu'à gauche. Le pied droit est un peu œdématié. L'artère fémorale droite, au niveau de la branche du pubis, offre des battements plus forts que celle du côté gauche ; elle est légèrement dilatée et semble épaissie : le doigt perçoit un frémissement pendant sa diastole. L'examen des autres artères accessibles à l'investigation et à l'auscultation du cœur ne présentent rien d'anormal.

Le malade ressent une douleur sourde au niveau de la tumeur ; de plus, il accuse des fourmillements, des tiraillements et une sensation de froid dans la partie inférieure du membre. La marche est devenue depuis quelque temps difficile. L'état général est excellent.

Pendant l'examen, le chirurgien pratique à plusieurs reprises la compression de la fémorale au niveau du pubis. La compression fut tantôt complète, tantôt incomplète ; elle dura en tout de quinze à vingt minutes.

Le 9, le malade a souffert depuis hier ; il a des douleurs assez vives qui s'irradient le long de la jambe. Il peut à peine marcher. La tumeur paraît un peu plus dure. Pour ne pas le soumettre à une exploration plus fatigante, on ne cherche pas à reconnaître si l'anévrysme est moins réductible.

Le 11, le malade ne souffre plus.

Le 14, la tumeur est sensiblement plus dure que le 9. Les battements paraissent moins forts. M. Ollier, qui n'avait pas vu le malade depuis le 8, pratique la compression digitale incomplète de la fémorale au niveau du pubis pendant un quart d'heure. Le malade est dès lors condamné à rester au lit. — Potion chaque jour avec tannin, 1 gramme ; limonade ; diminution des aliments.

Le 15, les battements sont moins sensibles que la veille. Le pied droit est froid dès qu'on le met hors du lit. La compression digitale est pratiquée pendant quarante minutes consécutives ; on a soin de

ne pas oblitérer complétement le calibre de l'artère. Le soir, le malade ne ressent aucune douleur. — Compression par le même procédé pendant un quart d'heure.

Le 16, on ne perçoit de battements qu'à la partie supérieure de la tumeur. Dans tous les autres points, elle est dure, sans expansion ni battements. La portion interne, qui fait saillie au-dessus du condyle interne du fémur, paraît plus dure. On sent sur les parois du sac, à ce niveau, une petite artère dont les battements sont nettement appréciables. Le malade souffre de tiraillements à la partie inférieure de la tumeur. En additionnant les minutes de compression jusqu'à ce jour, on trouve une heure et demie. On la pratique aujourd'hui pendant deux heures. On s'efforce de la rendre plus exacte que les jours précédents. Le malade accuse de la douleur au pli de l'aine, mais elle est très-supportable.

Le soir du même jour, compression pendant trente minutes. Mêmes douleurs que le matin au pli de l'aine et tiraillements assez vifs à la partie postéro-inférieure de la tumeur. Pas d'œdème du pied, qui paraît plus chaud que la veille.

Le 17, compression pendant une demi-heure. L'anévrysme est complétement dur dans toutes ses portions accessibles au toucher. Deux collatérales rampent sur la poche, l'une en dedans, l'autre en arrière. Plus de battements ni de bruit de souffle sur toute l'étendue de la tumeur, soit en arrière, soit en dedans du membre. Cependant, au-dessous de l'anneau du troisième adducteur, on sent encore un bruit de souffle limité à une petite surface, mais en aucun point la main ne perçoit de battements. Pas de douleurs. Le pied est chaud.

Le soir, compression digitale pendant une heure ; à la fin de la séance le malade souffre dans la région crurale.

Le 18, il existe encore le léger bruit de souffle déjà signalé à la partie supérieure. Pas le moindre battement perceptible à l'œil ou à la main. La tumeur a diminué sensiblement de volume : compression incomplète pendant une demi-heure. On enseigne au malade la manière de la pratiquer. Il n'accuse nulle part de douleurs ; pas d'œdème du pied.

Le 19, depuis hier le malade s'est comprimé de temps à autre la fémorale. Il évalue à près de deux heures la durée totale des petites séances qu'il a faites. Le bruit de souffle qui existait à la partie supérieure de la tumeur est moins net ; on le distingue cependant encore : les deux artères collatérales sont plus développées. On fait une dernière séance de compression pendant trois heures consécutives : le malade la supporte très-bien. Pas de douleur ni au pubis ni à la partie supérieure de l'anévrysme.

A la suite de cette séance, le bruit de souffle perçu à l'extrémité supérieure de l'anévrysme disparaît sans retour ; les battements avaient déjà cessé depuis trois jours. La tumeur durcit de plus en plus et diminue de jour en jour. Le malade éprouve de temps en temps des tiraillements dans le creux poplité.

Les artères collatérales développées le long du sac cessèrent de battre.

Le 21, on ne les retrouva plus ; le pied n'en devint pas plus froid cependant. Le malade sentait lui-même sa tumeur diminuer de volume, et dès le 22 il eut plus de liberté dans les mouvements de flexion de la jambe.

Le 28 décembre, la tumeur avait presque diminué de moitié.

Le 1er janvier, le malade peut faire quelques pas sans douleur dans son appartement. On eut beaucoup de peine à lui faire garder le repos. Il sentait ses mouvements plus libres qu'avant la compression.

Ce qui nous a frappé tout d'abord dans ce fait, c'est la rapidité de la coagulation du sang contenu dans la poche. Après une séance de quinze minutes faite à titre d'essai et dans le but d'explorer toutes les particularités de la tumeur, nous voyons la coagulation commencer.

Dans notre examen, nous avions pressé à plusieurs reprises la tumeur pour constater son degré de réductibilité, et nous nous sommes demandé si dans cette manœuvre nous n'avions pas détaché quelque fragment de caillot qui serait devenu le centre d'une coagulation subséquente. La souplesse de la poche, la réductibilité presque complète de la tumeur, nous avaient démontré qu'il n'y avait pas de couche fibrineuse épaisse doublant la membrane de l'anévrysme ; mais une couche légère pouvait passer inaperçue, et les manœuvres de réduction eussent été peut-être alors suffisantes pour la faire éclater en quelque point.

Quoi qu'il en soit de l'explication, la coagulation n'en commença pas moins après cette première séance d'un quart d'heure ; le malade souffrit dans le creux poplité, eut des fourmillements dans le membre, une grande difficulté à marcher, et quand je revis le malade six jours après, l'expansion de la tumeur était bien moindre et les battements plus obscurs. On les distinguait avec la main, mais on ne les percevait plus à distance.

En présence de cette coagulation rapide survenue plus tôt que je ne l'avais espéré, je résolus de continuer immédiatement la compression d'une manière méthodique, et je dus me mettre en garde contre une oblitération trop rapide par des caillots passifs. Pour cela je m'arrêtai à la compression digitale incomplète intermittente, et je

décidai de courtes séances, afin de me placer dans les meilleures conditions pour une coagulation active, craignant en outre qu'une oblitération trop rapide ne fût dangereuse pour la vitalité du membre chez un homme de cet âge. Je fis de petites séances d'un quart d'heure, de 30 et 40 minutes, et après une heure et demie de compression je découvris une collatérale sur le côté interne de la tumeur. L'apparition de cette collatérale, jointe au durcissement de plus en plus notable de la poche, indiquait sinon la solidification définitive de l'anévrysme, du moins une gêne considérable de la circulation dans l'intérieur du sac et l'oblitération presque complète de celui-ci.

Les battements cessèrent complétement après quatre heures et demie de compression, neuf jours après la première séance. Je continuai cependant la compression pendant les jours suivants, parce que je craignais que les caillots oblitérants ne fussent encore mous et dissociables; il persistait d'ailleurs à la partie supérieure de la tumeur, au-dessous de l'anneau du grand adducteur, un bruit de souffle qui m'indiquait que le caillot ne remontait pas jusqu'à la partie saine de l'artère. La persistance de ce bruit de souffle devait-elle me faire supposer la présence d'un canal central dans l'anévrysme encore parcouru par le courant sanguin? La forme en fuseau (1) de la tumeur pourrait donner quelque vraisemblance à cette hypothèse. Cependant la diminution qu'elle avait subie et la présence de deux collatérales volumineuses me firent croire que le caillot empêchait toute circulation dans le sac. Mais comment expliquer alors la persistance de ce bruit de souffle, léger il est vrai, mais réel? Où trouver les conditions de la production de ce phénomène? Je pensai que les deux collatérales s'implantant sur une partie dilatée de l'artère, ou même sur l'extrémité supérieure du sac, entretenaient là une circulation favorable à la production d'un bruit de souffle.

Quoi qu'il en soit, je ne considérai pas la guérison obtenue tant que ce bruit de souffle persistait; je pouvais toujours craindre, malgré l'*apparence active* des caillots, que l'effort du sang ne dissociât les parties coagulées. Je fis alors faire une séance de compression, que l'on prolongea jusqu'à ce que tout bruit de souffle eût disparu à ce niveau; elle dura trois heures. Le lendemain, je reconnus que non-seulement l'oblitération du sac était complète, mais que le caillot remontait jusque dans l'artère elle-même; les collatérales récem-

(1) Je ferai remarquer, d'autre part, qu'un véritable anévrysme fusiforme n'est pas favorable pour une coagulation rapide. (V. Broca, *Des anévrysmes*.) C'était probablement un anévrysme sacciforme avec prolongement inférieur.

ment développées étaient complétement oblitérées. Depuis lors, elles n'ont pas reparu ; la circulation s'est rétablie par des collatérales venues de plus haut et plus profondes ; il nous a été impossible de les sentir.

Ces divers phénomènes se sont succédé sans amener le moindre accident. Il n'y a eu que quelques fourmillements, des tiraillements dans les muscles de la jambe, dans le creux poplité, et un peu de refroidissement du membre pendant les quatre premiers jours. La circulation s'est si régulièrement établie, que la gangrène ne m'a paru à aucun moment menaçante.

La compression a été très-bien supportée; elle a été faite avec beaucoup de précision par les aides que j'avais chargés de ce soin (MM. Lépine, Magnien, Tripier, V. Ollier, internes des hôpitaux).

Le malade fut retenu au lit quelques jours encore. Le 1er janvier, il marchait sans douleur dans son appartement. Quelques jours après, il sortit sans mon autorisation, et fit une course de plus de 2 kilomètres ; malgré cette imprudence, tout a été de mieux en mieux.

J'ai revu le malade aujourd'hui 20 mars, c'est-à-dire trois mois et onze jours après le début de la compression, et trois mois après l'oblitération complète de l'anévrysme.

La tumeur a depuis lors diminué constamment de volume ; elle n'est pas aujourd'hui le tiers de ce qu'elle était avant le traitement. Elle forme une masse allongée, fusiforme, allant de l'anneau du troisième adducteur à l'arcade du soléaire. Elle est très-dure ; il n'y a pas le moindre battement ; les artères collatérales que nous avions constatées un moment sur le sac sont restées oblitérées. Le membre a la même température que celui du côté opposé ; l'œdème qui existait avant la compression a presque tout à fait disparu ; les mouvements de flexion de la jambe sont de plus en plus libres ; la flexion, sans être aussi complète que du côté opposé, dépasse l'angle droit. M. T... a fait une course de 3 kilomètres aujourd'hui, et n'est nullement fatigué ; il marche, du reste, la plus grande partie de la journée, prétendant qu'il se fatigue moins en promenant qu'en restant assis. Il ressent quelquefois cependant une fatigue subite avec quelques tiraillements dans la jambe ; mais il s'assied un instant, tout disparaît.

Les artères tibiale postérieure et pédieuse ne présentent aucun battement.

La guérison de cet anévrysme se rapproche beaucoup, par l'absence d'accidents, de certains cas de cure spontanée. C'est là, du reste, un des avantages de la compression indirecte, comme l'a si

bien démontré M. Broca. Cette méthode est éminemment physiologique, c'est-à-dire qu'elle imite mieux que toutes les autres le mécanisme que la nature emploie pour l'oblitération des poches anévrysmales. Mais parmi les procédés de compression indirecte, aucun ne me paraît égaler la compression digitale ; le doigt est aussi puissant que les autres compresseurs, et n'a pas leurs inconvénients. Je n'aurais, du reste, qu'à rappeler ici les conclusions du mémoire de M. Verneuil (*Gazette hebdomadaire*, 1857). L'observation que je viens de rapporter me paraît une confirmation des idées exprimées dans cet important travail, qui a été le point de départ des tentatives faites en France en faveur de la compression digitale.

M. Ollier, on le voit, ne s'est pas borné à une narration claire et complète de ce fait remarquable ; il y a joint des réflexions judicieuses sur toutes les particularités dignes de discussion. Mon rôle de rapporteur se trouve par là fort simplifié.

En envoyant son travail, notre confrère sollicite l'honneur d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ; c'est avec grand plaisir que je me rends l'interprète de ce vœu. Les beaux travaux de M. Ollier sur l'histologie des productions accidentelles, sur les fonctions du périoste, sur l'ostéoplastie, sur les sections métalliques, et différents points de chirurgie ou de médecine opératoire, marquent d'avance sa place parmi nous.

Voici donc les conclusions que j'ai l'honneur de vous soumettre :

1° Adresser des remercîments à l'auteur ;

2° Insérer textuellement son observation dans nos *Bulletins ;*

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, FOUCHER.

Séance du 9 juillet 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Achille de Vita adresse un exemplaire d'un ouvrage intitulé : *Manuale di chirurgia militare.* Naples, 1862, in-12.

— M. Marjolin dépose sur le bureau un exemplaire de sa *Notice sur l'hôpital de Rotterdam*. Paris, 1862, in-8°.

— M. Chassaignac présente, de la part de M. le Dr Kœberlé, de Strasbourg, une observation manuscrite d'ovariotomie, accompagnée de trois planches. (Commissaires, MM. Chassaignac et Demarquay.)

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. FOLLIN présente à la Société un enfant âgé de douze ans, qu'il a opéré d'un *épispadias complet*.

Avant l'opération on ne trouvait qu'une très-petite verge, dont la longueur ne dépassait pas 15 millimètres. L'organe avait éprouvé un mouvement de torsion sur son axe, de telle sorte que sa face supérieure regardait en haut et à gauche. Il existait un gland fendu aussi vers le haut et un frein assez long, qui se continuait avec un prépuce allongé.

Lorsqu'on exerçait une traction sur la verge, on trouvait une gouttière uréthrale de 3 centimètres d'étendue, qui avait tous les caractères de la face inférieure de l'urèthre ; l'extrémité postérieure de cette gouttière uréthrale se continuait avec un infundibulum limité en bas par l'extrémité de cette gouttière, et en haut par la peau de la région pubienne, très-lisse et dépourvue de poils.

Les corps caverneux n'étaient pas séparés ; la symphyse pubienne était réunie.

Le cathétérisme conduisait facilement dans la vessie, qui, contrairement à ce qui a été écrit, a paru d'une très-petite dimension ; elle ne contenait qu'une fort petite quantité d'urine.

Dans la station debout l'incontinence d'urine était absolue ; le malade perdait son urine goutte à goutte toute la journée ; s'il faisait un effort pour uriner, il pouvait lancer un jet d'urine ascendant, qui éparpillait du liquide de tous côtés. Pour bien apprécier l'état déplorable de cet enfant, il faut dire que malgré un urinal ses pantalons étaient complétement souillés. On le changeait quatre ou cinq fois par jour de pantalon. Dans la nuit les urines étaient un peu mieux retenues que pendant le jour, et en réveillant l'enfant quatre ou cinq fois par nuit, sa mère parvenait à empêcher qu'il ne mouillât son lit.

Sous l'influence de cet écoulement habituel d'urine, la peau de la verge et du scrotum avait acquis une rougeur et une sensibilité très-vives.

Dans ces conditions, M. Follin a proposé aux parents une opération, en ayant soin d'établir :

1° Que cette opération n'avait pas pour but de reconstituer un appareil pouvant servir aux fonctions de la génération ;

2° Qu'en opérant cet enfant, le but du chirurgien était, soit dans le cas le plus heureux, d'empêcher l'incontinence absolue d'urine ; soit dans le cas où il resterait encore un certain degré d'incontinence, de disposer les parties de façon à pouvoir appliquer un appareil mécanique qui retiendrait absolument les urines.

L'opération a été faite le 29 mai, suivant le procédé de M. Nélaton, après avoir soumis l'enfant au chloroforme.

M. Follin a pratiqué de chaque côté de la gouttière uréthrale, à la limite de la peau et de la muqueuse, une incision longitudinale qui s'étendait du gland jusqu'au point le plus éloigné qu'on pût atteindre en arrière. Les bords de cette incision ont été disséqués en dedans et en dehors de façon à constituer là deux lèvres de 2 ou 3 millimètres de largeur environ. Cela fait, les incisions ont été prolongées du côté du ventre dans l'étendue de 6 centimètres, et, réunissant par une incision transversale ces deux incisions longitudinales, on a séparé ainsi un lambeau qu'on a disséqué jusqu'au niveau de la gouttière sous-pubienne.

Ce lambeau ainsi disséqué a été rabattu sur la verge de façon à former une première couche de la nouvelle paroi supérieure de l'urèthre ; on fixa les bords de ce lambeau à la lèvre externe de l'incision faite de chaque côté de l'urèthre.

Ce premier lambeau fixé, M. Follin tailla le lambeau scrotal par deux incisions, l'une à la racine de la verge, au niveau de l'angle péno-scrotal, l'autre à 2 centimètres et demi en arrière. Ainsi fut fait aux dépens du scrotum un pont cutané, libre au milieu et adhérent à ses deux extrémités vers la région inguinale ; il fut alors possible de glisser sous ce pont la verge déjà recouverte de son lambeau pubien. La face cruentée du lambeau scrotal est alors venue complétement recouvrir la face cruentée du lambeau pubien. La grande circonférence du lambeau scrotal a été fixée par six points de suture : 1° à la lèvre externe des incisions latérales de l'urèthre, 2° à l'extrémité antérieure du lambeau pubien. Il a paru à M. Follin qu'il était difficile de réunir très-régulièrement le lambeau scrotal aux lèvres externes des incisions uréthrales ; mais, d'après lui, cette suture n'a pas une importance capitale, l'adhésion se faisant par les faces cruentées des lambeaux.

Le malade a été pansé par l'eau froide, et une sonde a été placée dans la vessie.

Les plaies des lambeaux se sont peu à peu cicatrisées, et aujourd'hui (9 juillet) on constate l'état suivant : la verge forme un appendice assez saillant au dehors, dirigé en avant, et sur lequel on peut au besoin appliquer facilement un urinal. Le gland et le prépuce ont

la disposition que nous avons déjà signalée ; mais la gouttière uréthrale est recouverte aujourd'hui par un lambeau solide sur le milieu duquel on aperçoit le raphé médian et les rides transversales du scrotum. Ce lambeau est solidement uni aux parties voisines dans toute sa circonférence postérieure ; mais, en avant, il est un peu séparé du gland, de façon à former une sorte de valvule qui recouvre cette partie.

Au pubis et sur les parties latérales du scrotum, on découvre les cicatrices des plaies de l'opération.

L'opération n'a pas jusqu'alors empêché absolument la sortie des urines ; mais elle a déjà heureusement modifié l'état de l'enfant. Aussi ce garçon peut durant la nuit garder ses urines quatre ou cinq heures sans souiller son lit ; mais comme la vessie est encore peu distendue, au bout de ce temps la miction devient nécessaire.

Durant le jour les choses ne se passent pas aussi bien ; car, quoique l'opéré puisse garder pendant une heure et demie ou deux heures la plus grande partie de ses urines, de temps en temps quelques gouttes de liquide s'échappent au dehors et viennent encore souiller un peu le pantalon : cela n'est pas comparable à ce qui existait auparavant, et l'enfant peut toutes les heures et demie ou les deux heures au plus expulser ses urines en un jet assez large. C'est pour combattre ce léger écoulement d'urine, et pour contribuer à distendre peu à peu la vessie, que l'enfant porte une pelote périnéale, qui comprime l'urèthre en rapprochant ainsi ses deux parois.

M. Follin tiendra la Société au courant des modifications qui pourront se produire plus tard dans l'état de cet enfant.

DISCUSSION.

M. RICHARD. Le résultat qu'a obtenu M. Follin chez son petit malade est satisfaisant ; cependant il me semble qu'il sera utile de faire une opération de perfectionnement, dans le but de rétrécir l'orifice uréthral.

Cet orifice est, en effet, plus large que chez les opérés que j'ai vus ; cela tient sans doute à ce qu'il n'existe qu'un canal incomplet, et que la portion glandaire est encore tout à fait à découvert. Peut-être eût-on pu porter le lambeau pubien plus en avant. Quant à la suture latérale, elle me semble plus utile que ne le pense M. Follin. Par les cautérisations, il sera possible de diminuer les dimensions du canal et en même temps l'incontinence d'urine, car la pelote périnéale est très-gênante.

M. DOLBEAU. Le malade de M. Follin offre une similitude parfaite avec ceux dont j'ai parlé dans mon mémoire sur l'*épispadias*, et il

vient à l'appui des opinions que j'y ai soutenues. Je remarque d'abord que chez ce malade les corps caverneux sont réunis, contrairement à l'assertion de M. Richard, qui a prétendu que l'épispadias s'accompagne toujours d'un écartement des corps caverneux. Je ferai observer, en outre, que le lambeau pubien ne se soude pas avec la verge, parce qu'il n'est en contact avec elle que par un bord saignant; il faut replier en dedans la surface saignante, et réunir par la suture de Gély, si l'on veut former un canal et non pas un simple opercule. Je trouve que le résultat obtenu par M. Follin n'est pas suffisant, et j'en ai obtenu de meilleurs. Quant à l'opération complémentaire qui sera utile ici, je dois dire que les cautérisations au fer rouge ne m'ont paru avoir aucun avantage; il faut aviver les parties latérales de l'opercule pour rétrécir le canal. Il serait possible, chez le malade de M. Follin, de recouvrir le gland avec le prépuce, qui est fort long. Chez le Suédois opéré par M. Nélaton, les cautérisations ont produit peu de chose, et le malade a conservé de l'incontinence. Du reste, je ne comprends pas bien par quel mécanisme l'opération qui n'agit pas sur le col de la vessie peut guérir l'incontinence; malgré cela, chez un de mes opérés, elle a cessé complétement.

M. FOLLIN. Je n'ai pas épuisé ici toutes les ressources dont nous disposons, et je me propose de faire un léger avivement des bords du canal, et d'y pratiquer une suture pour en diminuer l'ouverture, quoique je sois convaincu que ce n'est pas en diminuant cette ouverture extérieure que l'on guérit l'incontinence. Je maintiens que la suture latérale dont a parlé M. Dolbeau, et par le procédé de Gély, est ici d'une application très-difficile.

M. RICHARD. Je crois que M. Follin aurait tort de désespérer de guérir l'incontinence d'urine chez son petit malade. M. Dolbeau a obtenu un succès complet. Les malades de M. Nélaton ont été notablement améliorés. Et d'ailleurs, ne ferait-on que rendre les fonctions génitales moins imparfaites, ce résultat ne serait pas à dédaigner.

M. VERNEUIL. Je crois aussi que la suture de Gély serait ici d'une application difficile, et il n'est pas commode de replier les lambeaux dans un espace aussi étroit. Quant à ce qui est de l'incontinence d'urine, le plus ou moins d'étroitesse du canal ne peut rien y faire, car ce canal ne saurait être contractile; c'est toujours de la peau et une muqueuse qui le forment.

Je crois que lorsque l'incontinence guérit, cela est dû à la rétraction du lambeau scrotal, qui, recouvrant la verge comme une sorte de cravate, finit par former une bride qui joue le rôle d'une valvule analogue à celles du col de la vessie.

M. BROCA. Les anatomistes ont décrit le sphincter du col de la vessie, mais ceux qui l'ont cherché ont bien vu que ce sphincter n'existe pas, et cependant nous conservons nos urines. Les physiologistes l'expliquent par l'action des fibres musculaires obliques, qui s'entre-croisent autour du col vésical. Ici, après l'opération, en donnant à l'urèthre une paroi supérieure, on a fourni un point d'appui à la partie musculaire du canal, et celle-ci, se trouvant dans des conditions nouvelles, peut produire un résultat qu'auparavant il n'était pas possible d'obtenir.

M. DOLBEAU. M. Sappey a décrit le sphincter de la vessie; l'un des moyens de le voir consiste à insuffler la vessie d'un enfant, à la sécher, et l'on voit par transparence les fibres circulaires qui entourent le col. Il faut ajouter à l'action de ces fibres celle de la portion membraneuse de l'urèthre, qui contribue à retenir l'urine. J'ai d'ailleurs remarqué que tous les malades atteints d'épispadias avaient la verge rétractée, et que pour uriner ils exerçaient une traction sur elle, probablement dans le but de désobstruer le canal; c'est pour cela que je suis arrivé à penser que chez ces individus la vessie ne se vidait pas, et que l'incontinence avait lieu par regorgement. Après l'opération, la vessie se vide, et l'incontinence a lieu goutte à goutte.

M. BROCA. Je ne conteste pas l'existence des fibres musculaires de l'urèthre, ni le rôle considérable qu'elles ont dans l'expulsion de l'urine; mais ce n'est pas par elles que la vessie est fermée, et, physiologiquement, c'est l'occlusion du col qui maintient l'urine.

Eh bien, on ne trouve là que des fibres obliques se rendant derrière les uretères, et qui ne font pas le tour de l'orifice vésical. Je n'admets pas le mode de démonstration indiqué par M. Dolbeau ; car en regardant une vessie par transparence, on a des apparences trompeuses.

M. DOLBEAU. Je suis convaincu que les urines sont retenues dans la vessie de deux façons, c'est-à-dire par la contraction du col, à laquelle s'ajoute la contraction de la portion membraneuse de l'urèthre lorsque le besoin d'uriner est violent.

M. FOLLIN. Je ne crois pas, comme M. Dolbeau, que l'incontinence d'urine ait lieu par regorgement chez les malades atteints d'épispadias. Toujours est-il que tous les individus opérés retiennent difficilement leurs urines.

— M. MARJOLIN donne lecture du discours qu'il a prononcé à Lyon, à l'occasion de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Bonnet.

La Société vote l'insertion de ce discours au *Bulletin*.

Discours de M. Marjolin.

Messieurs, chargé dans cette grande solennité de porter la parole au nom de la Société de chirurgie de Paris, ce n'est pas sans une crainte bien naturelle que je viens m'acquitter de cette honorable mais périlleuse mission, devant une assemblée aussi imposante.

Après les adieux si touchants prononcés sur la tombe d'Amédée Bonnet, les appréciations si justes de la presse littéraire et médicale, et les biographies si complètes lues devant les corps savants dont il était une des illustrations, que vous dire de cet éminent collègue qui n'ait déjà été répété avec ce choix et ce bonheur d'expressions que l'éloquence du cœur peut seule donner ?

Pour aborder une tâche aussi difficile, j'ai dû, Messieurs, compter sur votre extrême indulgence, et j'ai pensé que, protégé par le souvenir de cet homme de probité et de talent, qui sera pour la ville de Lyon une nouvelle gloire et pour tous un exemple, je pourrais encore fixer votre attention, en vous entretenant quelques instants de sa vie et de ses œuvres.

Né à Ambérieux, petite ville du département de l'Ain, Amédée Bonnet fut à même de juger dès sa jeunesse ce qu'était la rude profession à laquelle il devait se livrer un jour avec tant d'ardeur et de dévouement. Ce fut de son père, qui était médecin, qu'il reçut les premiers conseils qui décidèrent de sa vocation, et loin de se laisser effrayer par l'avenir d'une carrière pénible, il suivit celle qui lui était indiquée, justifiant dès lors par sa conduite ce principe, qu'il devait développer plus tard dans des pages aussi éloquentes que morales, que les fils doivent, autant que possible, ne pas abandonner la profession paternelle.

Je ne suivrai pas Bonnet pendant son court séjour dans cette ville, où il commença ses études médicales, ni pendant ses années d'internat à Paris : je vous rappellerai seulement que l'élève interne, qui s'était fait aimer de tous ses collègues et de tous ses chefs, couronna dignement ses études en remportant, en 1831, la grande médaille d'or de l'École pratique.

Quelle allait être la vocation du jeune lauréat? Opterait-il pour la médecine ou pour la chirurgie ? Peut-être, et très-vraisemblablement ses premiers travaux faits en collaboration avec l'un de nos maîtres, M. le professeur Trousseau, l'eussent-ils fait incliner vers la première de ces deux branches de l'art de guérir, mais une circonstance fortuite en décida autrement. Une place de chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon ayant été mise au concours, il sentit naître en lui la noble ambition d'occuper un jour ce poste qu'avaient illustré les

M. A. Petit, les Pouteau, et plus récemment Viricel, Bouchet, Janson et Gensoul.

Dès ce moment sa vocation fut décidée; il se hâta de passer sa thèse de docteur pour se préparer au concours. Vous savez tous par tradition combien ces luttes pour le majorat ont toujours été remarquables par le talent de ceux qui les ont soutenues. Bonnet ne craignit pas d'entrer dans la lice, et, malgré le mérite de ses compétiteurs, malgré son extrême jeunesse, il sortit vainqueur.

Le voilà donc, à peine âgé de vingt-cinq ans, nommé chirurgien du plus grand hôpital de la seconde ville de France. Quel triomphe pour un jeune homme! S'endormira-t-il sur ses lauriers? Nullement, Messieurs. Aussi sage que modeste, il s'ensevelit dans la retraite et met à profit ses cinq années de stage pour étudier sans relâche; aussi, lorsqu'il reparaît pour prendre possession de cette charge ennoblie par tant d'illustrations, bien que déjà précédé par la réputation d'infatigable travailleur, ce ne fut que dans ses fonctions définitives comme chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu qu'on put apprécier ses connaissances et son mérite. Déployant dans ses nouvelles attributions une ardeur et un zèle peu communs, il se donna tout entier à ses malades et à l'enseignement. Bonnet, qui réunissait les trois qualités essentielles du professeur, la parfaite connaissance de la science qu'il enseigne, la clarté dans l'expression et l'affection pour les élèves, ne tarda pas à en attirer un grand nombre à ses leçons.

Mettant à profit le peu de temps que lui laissaient ses cours et le soin de ses malades, il le consacra à de nombreuses publications, parmi lesquelles on doit surtout citer son *Traité des sections tendineuses*. Je ne vous parlerai pas de cet ouvrage, que notre savant secrétaire général M. Broca a si bien apprécié dans son éloge.

Ce n'est pas d'ailleurs dans une solennité de ce genre, mais seulement dans les réunions académiques, que de semblables analyses peuvent se faire.

Ce travail était à peine achevé que Bonnet, dont les cinq années de majorat expiraient, allait par suite du règlement être forcé de quitter l'Hôtel-Dieu et de cesser son enseignement; heureusement pour lui, et plus heureusement encore pour les malades et les élèves, Lyon, qui venait enfin d'obtenir une Ecole de médecine, put conserver son professeur de clinique dans toute la force et tout l'éclat de son talent.

C'est à cette seconde période de son enseignement que se rattache la publication des Traités sur les maladies articulaires et leur thérapeutique, ouvrages qui, en fixant de nouveau l'attention des chirurgiens sur ce point si difficile de l'art de guérir, seront toujours pour Bonnet, n'importe à quelle époque, un véritable titre de gloire.

Je puis d'autant moins rappeler devant vous les nombreuses et utiles publications de notre regrettable collègue que leur énumération seule comprendrait plusieurs pages ; qu'il vous suffise de savoir que toutes témoignent de ce zèle et de cette ardeur infatigable qu'il apportait au culte de la science et au soulagement des malheureux.

De tels travaux, vous le comprendrez, et une existence si noblement remplie, devaient trouver leur récompense ; aimé de ses collègues, adoré par ses élèves, justement entouré de la considération publique, recherché par toutes les sociétés savantes, Bonnet vit venir à lui les honneurs dus à son talent, à son mérite, et disons-le aussi, à la noblesse de son caractère. Successivement nommé chevalier de la Légion d'honneur, membre titulaire et président de l'Académie des sciences et lettres de Lyon, correspondant de l'Institut, président de l'Académie de médecine de Lyon, associé de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, il avait, comme vous le voyez, réuni tous les titres qu'un savant peut ambitionner ; mais, bien différent de ceux qui ne les considèrent que comme des couronnes qui leur sont dues, ils étaient devenus pour lui autant d'obligations nouvelles, et les lectures qu'il fit devant ces différentes sociétés sont autant de preuves irrécusables que dans cette intelligence d'élite il n'y avait ni trêve ni repos tant qu'il restait du bien à faire.

Ce fut au sein de la Société de chirurgie, dans laquelle il comptait, outre plusieurs anciens condisciples, tant d'appréciateurs de son talent, qu'il vint faire sa dernière communication. C'était sur un de ses sujets favoris et en même temps un des plus difficiles de la chirurgie, l'application des sections tendineuses au traitement des tumeurs blanches.

En l'entendant parler avec cette conviction chaleureuse qu'il apportait dans le développement de ses idées, il était bien difficile de ne pas se laisser entraîner par le charme de sa parole. Son voyage à Paris fut une véritable ovation, et en le voyant si heureux au milieu de nous, et en apparence si plein de santé, qui eût pu croire que déjà peut-être il portait en lui le germe de cette funeste maladie qui devait l'enlever si rapidement ?

Lorsque la nouvelle de sa mort parvint à la Société de chirurgie, nous fûmes tous atterrés et remplis de tristesse, et nous sentîmes le vide immense que cette dernière perte laissait dans l'École de médecine de Lyon, naguère encore si cruellement éprouvée par la mort de Gensoul.

Nos regrets étaient bien vifs, bien sincères ; mais que pouvaient-ils être auprès de ceux d'une famille chérie, et des vôtres, Messieurs, vous, ses collègues, ses amis, ses élèves, et vous tous habitants de

cette grande cité qui l'avez pleuré comme un fils, comme l'une de vos plus grandes gloires !

En présence de ce deuil général qui fut pour sa mémoire un véritable triomphe, nous avons compris que ce n'était pas seulement au savant illustre qui avait cessé de vivre que ces honneurs étaient rendus, mais à l'homme de bien qui, ne reculant jamais devant l'accomplissement de son devoir, avait plus d'une fois dans sa carrière donné l'exemple d'une noble indépendance. Jamais on n'oubliera avec quel talent, avec quelle dignité il s'éleva contre le décret du 10 avril 1852, qui, renversant toute l'organisation des études, était, suivant ses propres paroles, une œuvre de destruction, rappelant les plus mauvais jours de notre histoire. Inquiet de l'avenir de la jeunesse et de la dignité professionnelle, il développa dans cet éloquent plaidoyer les considérations les plus supérieures et les plus sensées pour démontrer que cette séparation des lettres et des sciences aurait les conséquences les plus désastreuses pour l'éducation. Certes, dans cette époque d'indifférence, la conduite de notre collègue était un acte de courage ; combattre publiquement les délibérations du conseil de l'Université, c'était s'exposer à un blâme, et peut-être à quelque chose de plus sévère ; mais rien ne l'arrêta, il n'obéit qu'à la voix de sa conscience, et on peut dire aujourd'hui que c'est en grande partie grâce à son influence que l'ancien programme des études a été heureusement rétabli.

Ce n'est donc pas seulement par la science que Bonnet avait su se distinguer, mais aussi par la grandeur de son caractère. Entièrement dévoué à son pays, il ne put voir d'un œil indifférent l'oisiveté s'étendre comme une contagion sur la jeunesse, et voulant s'opposer aux ravages de cette hideuse maladie, il lut devant l'Académie de Lyon un discours dans lequel on put voir tout ce que ce cœur renfermait de noble et de généreux.

En relisant ces pages si pleines d'élévation et de salutaires avis, involontairement mes souvenirs se sont reportés avec émotion à vingt ans en arrière, et il me semblait encore entendre une voix chère s'adresser aussi dans une circonstance solennelle à la jeunesse de l'École de médecine, et la prémunir contre les dangers de l'oisiveté dans des termes si dignes et si fermes, que, par un sentiment tout filial que vous excuserez, j'espère, je ne puis résister à vous les faire connaître :

« L'homme, Messieurs, a été créé pour le travail ; le pauvre y est » forcé pour subvenir à ses pressants besoins, et trop souvent pour » lui la mesure du travail excède celle de ses forces. L'homme aisé, » l'homme riche, celui-là même que la fortune a le plus largement

» comblé de biens, ne s'appartient pas ; il se doit aussi au travail. » L'obligation ne lui est-elle pas impérieusement imposée de coopé- » rer au bien-être physique ou à l'amélioration morale des autres ? » Il ne peut vouloir se soustraire à cette obligation conservatrice de » la société sans encourir la honte, sans s'exposer au mépris. Pour » lui, d'ailleurs, l'obligation au travail est bien plus facile ; loin » d'être un poids difficile à supporter, elle devient l'élément princi- » pal de son bonheur ; elle entretient sa santé et développe ses fa- » cultés intellectuelles ; le préserve de l'ennui, cette lente torture de » l'âme ; chasse loin de lui l'oisiveté, cette mère trop féconde des » désordres, des vices, des regrets inutiles. »

En entendant ces paroles, n'êtes-vous pas aussi frappés de cette similitude de pensées ; c'est que tous deux aimaient la jeunesse, et voulaient lui communiquer cet amour du travail et du devoir dont ils avaient constamment donné l'exemple ?

Religieux par conviction et non par calcul, Bonnet a puisé toute sa force, toute sa puissance morale dans une foi vive, dans une charité sans bornes et dans le sentiment de ses devoirs. Aimant sa profession avec ardeur, il a eu une immense ambition, mais la plus belle, la plus pure de toutes, celle du bien pour le bien seul. Voilà ce qui lui a valu cette grande considération dont il a joui de son vivant et ces honneurs qui lui sont rendus aujourd'hui ; et en présence de cette éclatante manifestation, nous ne pouvons nous empêcher de dire : Heureuses les villes qui renferment de pareils hommes, et qui, mues par un juste sentiment de reconnaissance, savent ainsi récompenser les talents et les vertus de ceux qui ont si bien mérité du pays !

Le secrétaire, FOUCHER.

Séance du 16 juillet 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE.

— M. le docteur Pasturel, d'Alban (Tarn), adresse une observation d'hypertrophie congéniale de la langue avec procidence, traitée avec succès par l'amputation. (Commissaires : MM. Follin, Debout, Legouest.)

— M. le docteur Armand Després adresse pour le prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule*. Paris, 1861 ; in-4°.

— M. le docteur Ollier adresse un exemplaire de son mémoire intitulé *Des sutures métalliques, de leur supériorité sur les sutures ordinaires*. Paris, 1862; in-8°.

— M. le docteur Debout présente de la part de M. le professeur Ange Duval, premier chirurgien en chef de la marine à Brest, un travail accompagné de planches photographiques, et intitulé *Notice sur un cas de phocomélie pelvienne unique observée sur un adulte, et suivie de considérations sur l'emploi d'un appareil prothétique*. (Commissaires : MM. Depaul, Blot et Debout.)

COMMUNICATION.

M. DOLBEAU. Dans la dernière séance, et à propos de l'incontinence d'urine chez les épispades, la Société de chirurgie a discuté la question de l'existence d'un sphincter du col de la vessie; il s'agissait du mécanisme de la contention de l'urine à l'état normal.

J'ai exposé la manière dont l'urine était retenue dans la vessie; aujourd'hui je vous apporte les preuves anatomiques de ce que j'ai avancé.

L'urine est retenue à chaque instant grâce à la contraction tonique du sphincter qui entoure l'orifice interne de l'urèthre. Quand la vessie renferme une certaine quantité d'urine, quand le besoin de rendre l'urine se présente, nous pouvons surseoir à l'émission du liquide : cette fois, à l'action du sphincter se joint la contraction de la portion musculeuse de l'urèthre, qui fait fonction de sphincter externe. Ainsi, pour la vessie comme pour le rectum, il y a deux agents de la contention des matières excrémentitielles.

L'analogie, certains phénomènes physiologiques et pathologiques, ont conduit à admettre l'existence d'un sphincter de la vessie; il reste, pour entraîner la conviction, à démontrer la présence d'un muscle orbiculaire embrassant le col de la vessie.

J'ai eu l'occasion de montrer dans mes cours d'anatomie le sphincter du col vésical; j'ajoutais même, dans la dernière séance, que mon excellent ami le docteur Sappey avait lui-même vu et décrit ce sphincter. Je dois à son obligeance de pouvoir vous soumettre les pièces anatomiques qui sont sous vos yeux. La communication que je fais est donc en son nom et au mien.

Avant de vous décrire le sphincter du col de la vessie, permettez-moi d'exposer les raisons matérielles qui rendent difficile la démonstration anatomique :

Lo muscle qui entoure l'orifice interne de l'urèthre est formé de fibres pâles très-serrées les unes contre les autres; il en résulte que le sphincter apparaît comme un bourrelet très-dur et qu'on distingue très-difficilement d'avec la prostate qui lui est contiguë. Pour cette première raison, il est plus aisé de trouver le sphincter sur la vessie de la femme, qui n'a pas, elle, de prostate.

Chez le chien, la distinction est aussi plus facile, la coloration de la glande différant beaucoup de celle du muscle. Mais c'est grâce aux réactifs que la structure du col de la vessie peut être mise en évidence. On peut par ce procédé dissocier tous les éléments et mettre sous les yeux les fibres musculaires que l'on a souvent cherchées en vain et qu'on a cru devoir mettre en doute.

Supposez la vessie et le col incisés sur la ligne médiane et en avant; si le sphincter existe, on doit trouver sur la pièce ainsi disposée :

1° Une bandelette de fibres transversales;

2° A chaque extrémité la section nette et distincte du sphincter coupé sur la face antérieure du col.

On peut encore et sans section démontrer l'existence de l'anneau musculaire; il suffit pour cela de détruire certaines fibres longitudinales, des vaisseaux nombreux et du tissu cellulaire qui masquent le sphincter.

Voici trois pièces que je vous prie d'examiner :

1° *Vessie de femme.*—La vessie, son col et l'urèthre, ont été fendus en avant. La préparation vous permet de constater une couche musculaire transversale très-distincte, occupant le col de la vessie. A chaque extrémité on voit la coupe de l'anneau musculaire.

Un peu plus bas, vous pouvez voir une couche très-épaisse de fibres circulaires qui entourent l'urèthre.

2° *Vessie d'homme.* — La même préparation a été faite, et vous pouvez constater la même disposition qui existe sur la pièce précédente : sphincter du col, sphincter de la région musculeuse de l'urèthre.

Sur ces deux pièces, et pour mettre les fibres circulaires en évidence, voici ce qu'il a fallu faire. On a enlevé :

1° La muqueuse de la vessie et de l'urèthre;

2° Une couche musculaire de fibres longitudinales qui, partant du col, s'étendent jusqu'au méat urinaire; cette couche est très-épaisse; aussi remarquez-vous que sur les préparations le sphincter apparaît au fond d'une sorte d'excavation qui résulte de la destruction des couches qui étaient superposées.

3° La troisième pièce montre le sphincter préparé par sa face ex-

terne sur une vessie d'homme. J'ai déjà indiqué qu'il fallait, pour mettre le muscle en évidence, détruire des fibres longitudinales qui viennent de la vessie et qui recouvrent le plan circulaire; enfin faire disparaître des vaisseaux nombreux et du tissu cellulaire abondant. Sur cette pièce on peut constater combien les connexions sont intimes entre le sphincter et la prostate; on peut cependant voir les limites de la couche de fibres circulaires.

En terminant, je dirai en peu de mots qu'il existe, ainsi que je viens de le démontrer :

1° Une bandelette de fibres circulaires qui correspond exactement à l'orifice interne de l'urèthre. Cette bandelette, qui en avant présente 5 millimètres d'épaisseur, n'en a guère que 2 ou 3 à la partie postérieure; la bandelette est profondément située; elle est recouverte par une couche de fibres longitudinales et par la membrane muqueuse.

2° Une couche très-épaisse de fibres circulaires qui entourent l'urèthre, qui lui sont propres et qui sont placées plus profondément que la couche longitudinale, et par conséquent plus en dehors par rapport à la cavité de l'urèthre.

Il y a encore un point important que j'ignorais et que M. Sappey m'a montré avec la dernière évidence : le sphincter de la vessie est formé de fibres lisses. La couche circulaire de l'urèthre est composée de fibres striées. Il y a là, comme vous l'avez déjà remarqué, une nouvelle analogie entre le sphincter de la vessie et ceux de l'intestin. L'élément fibre lisse correspond au sphincter interne; au sphincter externe, volontaire, revient la fibre striée, que nous rencontrons dans tous les muscles soumis à l'influence de la volonté.

Ces considérations anatomiques sont intéressantes par elles-mêmes; mais il est impossible de ne pas rattacher à la présence de ces fibres circulaires, qui entourent le col de la vessie et le canal de l'urèthre, la question si importante des spasmes, des contractures de la région profonde du canal et du col de la vessie.

M. BROCA. Je ne trouve pas que le mode de démonstration dont se sert M. Dolbeau soit concluant. Je vois bien sur les pièces qu'il nous montre des fibres transversales au niveau du col; mais d'après son mode de préparation, rien ne prouve que ces fibres soient indépendantes de celles de la vessie, qu'elles soient circulaires. Il faudrait pour cela que sans fendre la vessie, et en suivant chaque fibre par la dissection, on en trouvât qui fissent tout le tour du col.

J'ai cherché des fibres de cette sorte, et je déclare que je n'en ai trouvé aucune. Si bien que, après avoir fait dessiner le sphincter du col pour mon atlas, j'ai dû faire détruire la planche. C'est par suite d'une déduction physiologique qu'on a admis le sphincter, lorsque

Fallope eut le premier bien délimité le col vésical, et depuis cette époque, quelques anatomistes ont cru trouver un sphincter là où ils voyaient des fibres formant des arcs transversaux ou une sorte de boutonnière.

M. GIRALDÈS. Personne n'a jamais démontré l'existence d'un muscle circulaire, pas plus au col de la vessie que dans tout autre point de l'économie.

La disposition des fibres obliques indiquée par M. Broca a été représentée par Santorini dans les planches publiées par Gérardi, et M. Sappey, dont on a tort de faire intervenir le nom ici, connaît parfaitement ces planches, puisqu'il les a copiées pour les muscles du voile du palais. Les recherches de M. Haucock, celles de M. Wis, consignées dans les *Transact. med. chirurg.* de Londres, confirment ce que vient de dire M. Broca, et ils ont en outre étudié la structure histologique des fibres musculaires de la vessie. Il y a une apparence de fibres circulaires quand on sépare la vessie des parties qui l'entourent; mais en laissant les choses en place, l'illusion disparaît, et on voit qu'il n'existe pas au col de la vessie un anneau continu. Cela est d'ailleurs facile à démontrer directement. On plonge une vessie d'enfant ou de vieillard dans l'acide azotique, puis dans l'eau et dans l'eau alcoolisée; en la disséquant après l'avoir insufflée, on suit les fibres jusqu'à leurs attaches.

M. CHASSAIGNAC. Je viens de voir parfaitement des fibres horizontales au niveau du col de la vessie, et il me semble que la démonstration est suffisante; c'est trop exiger que de demander que ces fibres soient parfaitement circulaires et indépendantes; à ce compte, il n'est pas un muscle dans l'organisme qui mérite le nom de sphincter.

M. BROCA. Je réponds à M. Chassaignac que la question que nous discutons a une grande importance physiologique et chirurgicale, car il s'agit de l'incontinence d'urine chez les individus atteints d'épispadias.

M. DOLBEAU. J'ai dit pourquoi on ne voyait pas le sphincter vésical en faisant la dissection de dehors en dedans, comme le veut M. Broca, et pourquoi il faut une préparation spéciale. En faisant l'autopsie d'un enfant atteint d'épispadias, j'ai vu qu'il n'y avait pas de fibres musculaires dans la région membraneuse; j'ai pensé que l'incontinence avait lieu parce que le sphincter externe manque.

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL. Je désire communiquer à la Société une observa-

tion d'*imperforation de l'anus* qui me permettra de rappeler quelques-unes des propositions que j'ai soutenues ici il y a trois ans.

Il y a un mois, j'ai opéré un enfant de quatre jours. Le médecin avait fait une ponction au niveau de l'anus, et avait cru ramener sur le bout de la sonde une petite quantité de méconium. Lorsque je vis l'enfant, il était mourant. L'anus était bien marqué et le pli interfessier profond. Je reconnus la pointe du coccyx; puis, en partant de là, j'incisai couche par couche sur la ligne médiane, dans l'étendue de 2 centimètres et demi et jusqu'à une profondeur de 15 millimètres. Alors je perçus avec le doigt une sorte de rénitence produite par une poche remplie de liquide. Je ponctionnai en ce point; c'était l'ampoule rectale, et il s'écoula une quantité très-considérable de méconium.

Le procédé que j'ai employé est avantageux, en ce sens que l'on sait ce que l'on fait, et qu'on ne va pas en aveugle comme par les ponctions directes, qui n'apprennent rien quand elles viennent à échouer.

L'enfant n'a pas éprouvé d'accidents, et j'ai eu de ses nouvelles depuis l'opération : l'ouverture tend à se rétrécir, et est située un peu en arrière de l'anus normal.

M. DEPAUL. Je voudrais avant de discuter le fait dont vient de nous parler M. Verneuil avoir des renseignements sur quelques-uns des détails qu'il nous a donnés. Ainsi je ne sais pas bien ce que M. Verneuil entend par ces mots : *anus bien marqué*. Je voudrais aussi savoir si M. Verneuil croit que le liquide qui est sorti par la ponction faite d'abord par le médecin n'était pas du méconium; dans ce cas, il serait bien extraordinaire que l'enfant eût vécu quatre jours sans rendre ni gaz ni matières. L'opération qu'a faite M. Verneuil est heureuse sans doute, mais je serais arrivé au même résultat plus simplement par la ponction, qui me paraît beaucoup moins hasardeuse que la dissection que préconise M. Verneuil.

M. GUERSANT. Comme M. Depaul, je trouve que la dissection a quelque chose de hasardeux. Je pense qu'il faut en pareil cas se servir toujours d'un conducteur, tel que celui dont M. Bonnafont se sert pour le phimosis, que l'on introduit après une ponction bien faite avec un trocart courbe.

M. VERNEUIL. Je ne comprends pas que l'on trouve mon procédé par dissection moins sûr qu'une ponction faite au hasard avec le bistouri ou le trocart. Il ne faut pas oublier que j'incise couche par couche sur la ligne médiane là où il n'y a pas de vaisseaux, et que si je ne trouve pas l'ampoule rectale, il est toujours possible d'avoir recours à un autre expédient.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PRÉTERRE présente deux malades, l'un âgé de quarante-six ans, l'autre de seize ans : tous deux sont atteints de divisions complètes de la voûte et du voile du palais. L'écartement des parties est des plus considérables chez tous deux, et le plus âgé a supporté déjà une tentative de palato-staphyloraphie par M. Roux.

M. Préterre fait remarquer que l'état d'éducabilité de ces deux malades est tout à fait propre à bien montrer ce que peuvent les restaurations prothétiques. Chez l'un de ces malades, en effet, celui de seize ans, l'appareil est appliqué depuis quinze mois, et le malade a été soumis à une série d'exercices qui lui permettent de se servir complétement de son appareil et de le rapprocher entièrement des conditions physiologiques de la prononciation, à ce point que lorsque la moustache couvrira la cicatrice résultant de la réunion du bec-de-lièvre, il sera difficile, sinon impossible, de deviner que le malade est atteint d'une telle infirmité. Chez le second, celui de quarante-six ans, l'appareil n'est en place que depuis environ cinq mois, et l'éducation du malade ne remonte qu'à cette époque ; aussi existe-t-il une différence très-marquée entre les deux sujets, et quoique toutes les paroles, sans exception, soient intelligibles et que le volume de la voix soit relativement considérable, on ne peut s'empêcher néanmoins de constater l'intervalle qui sépare ces deux résultats.

M. Préterre ajoute que si chez le plus jeune de ces deux malades, qui avait neuf paroles sur dix d'inintelligibles avant de bénéficier de son appareil, on a pu obtenir un tel avantage, il en sera de même chez le plus âgé avec un appareil définitif et son éducation achevée.

Le but de M. Préterre, en les présentant tous deux, était de bien faire saisir la possibilité d'obtenir à tous les âges (moins l'enfance) et dans toutes les conditions possibles les mêmes avantages des restaurations buccales.

M. DEBOUT présente quelques observations sur les malades de M. Préterre. Il est heureux de revoir le plus jeune dans cet état de perfection, car il y a six mois encore, écrivant au docteur Cornaz pour lui envoyer l'observation de ce malade, il constatait qu'un certain nombre de consonnes étaient encore difficilement prononcées, que depuis cette époque les progrès de l'éducation ont fait disparaître toute difficulté, et qu'il le constate avec d'autant plus de plaisir qu'il avait lui-même douté d'un si heureux résultat.

— La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. FOUCHER.

Séance du 23 juillet 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

— M. FOUCHER remet à la Société, au nom de M. Rames, médecin à Aurillac, une observation de *fistule vésico-vaginale* guérie par la méthode américaine.

Cette observation, dit M. Foucher, est intéressante à plusieurs points de vue. Elle offre un exemple de fistule vésico-vaginale survenue en dehors des conditions où nous observons le plus habituellement ce genre de lésions. En effet, le plus souvent la fistule vésico-vaginale succède à un accouchement, tandis que la jeune malade de M. Rames a été affectée de fistule à la suite d'une opération de taille vaginale pratiquée pour extraire une épingle à cheveux introduite dans la vessie.

En outre, vu la mobilité de la cloison vésico-vaginale, notre confrère a dû user d'un moyen ingénieux pour fixer et rendre abordables les bords de l'ouverture.

Ce moyen doit être ajouté à tous ceux qui ont été signalés dans l'intéressant mémoire de M. Verneuil sur les *fistules d'un abord difficile* (1).

Quand on réfléchit aux indications capitales que remplit le procédé américain pour arriver à la cure des fistules vésico-vaginales, indication de mettre la suture à l'abri des étreintes vésicales en ménageant la susceptibilité de la muqueuse, indication de soustraire la plaie au contact de l'urine en fronçant les chairs surtout du côté de la vessie, indication d'avoir une surface dénudée assez large pour être à peu près sûr d'une adhésion; quand on songe au peu de désordres produits et aux suites forcément simples des manœuvres faites, on n'éprouve qu'un seul désir, c'est que cette opération ne soit pas plus facile à exécuter; c'est que le moyen de remédier à une infirmité aussi triste, aussi dégoûtante, nous pourrions ajouter aussi fréquente, ne soit pas aux mains de tous les praticiens.

Déjà M. Bourguet (d'Aix), frappé des difficultés que l'on éprouve à faire l'avivement, a indiqué un moyen qui lui a réussi, l'introduction

(1) *Bull. de thérapeutique*, 1862.

dans la vessie d'une forte sonde en gomme élastique qu'un lacs tire en avant. Il a pu ainsi ramener la cloison et lui donner plus de fixité.

Placé en face d'un cas de fistule vésico-vaginale dont je vais rapporter l'histoire, j'ai eu recours au moyen suivant, qui m'a paru réaliser un progrès, car il m'a facilité grandement le premier temps de l'opération.

A l'extrémité la plus fine d'une canule métallique de forme conique, d'une longueur de 12 centimètres à peu près, munie dans sa longueur d'un petit robinet, on fixe une petite ampoule en caoutchouc, ampoule présentant un collet pour pouvoir l'arrêter.

L'extrémité de la canule recouverte de caoutchouc est portée par la fistule dans la vessie, et l'on pousse de l'air avec une seringue à injection. L'ampoule ayant acquis le volume d'une grosse noix environ, on ferme le robinet pour maintenir la dilatation. On se trouve alors avoir dans la poche vésicale une petite vessie en caoutchouc qui vient doubler les parois de la première.

Il suffit de tirer sur la canule pour ramener en avant la fistule, pour en distendre les bords et déplisser la muqueuse. L'avivement se fait alors à petite distance, sur une surface convexe bombée, très-tendue.

Pour retirer l'instrument, rien de plus simple. Le robinet est ouvert, et l'élasticité du caoutchouc chasse l'air. L'ampoule revient à ses dimensions premières ; on peut ainsi introduire et sortir à volonté la canule.

Vers le milieu du mois de juin 1860, M. le docteur Pouget (de La Roquebrou) nous amenait une petite fille de quinze ans, Marie F..., blonde, de bonne constitution, quoique de petite stature, non encore réglée, très-affaiblie par suite de longues souffrances.

Cette jeune fille est sans fortune, habite la campagne, y est bergère et partant souvent seule. Son caractère est énergique, un peu sauvage. Elle raconte qu'elle rendait des graviers. Un gravier plus gros que les autres s'étant arrêté dans l'urèthre, elle avait voulu l'extraire en passant en arrière la partie recourbée d'une épingle double. L'épingle lui avait échappé, et finalement était arrivée dans la vessie.

Des efforts violents d'expulsion se produisirent presque aussitôt, de trente à quarante au moins par jour, suivant la mère, et accompagnés de cris comme ceux d'une femme en couches. Néanmoins cette jeune fille resta ainsi deux mois, du milieu d'avril au milieu de juin, sans opposer à son accident autre chose que quelques verres d'eau de Vichy.

Vers cette époque, elle consulta M. le docteur Pouget, qui, effrayé de son état, nous l'amena pour que nous avisassions au moyen de la délivrer.

L'état d'éréthisme nerveux de la jeune malade nous força d'employer le chloroforme pour pouvoir nous livrer à quelques investigations. Au moindre contact, les contractions de la vessie se réveillent, et finalement amènent la sortie d'un bourrelet énorme de la muqueuse rectale.

Cet examen ne nous apprit qu'une chose, c'est que la vessie contenait un gros calcul qui pouvait avoir pour base une épingle double, mais sans que nous pussions nous en assurer. Nous profitâmes de ce premier examen pour inciser la membrane hymen, qui remontait très-haut, et qui présentait vers son milieu une petite ouverture ovalaire probablement due à une déchirure.

L'incertitude où nous étions sur les difficultés que nous pourrions rencontrer nous porta à préférer la taille vésico-vaginale. La persistance d'une fistule était à craindre; mais à cette époque, les journaux de médecine rendaient compte de cicatrisations obtenues par de petites cautérisations répétées, et nous comptâmes là-dessus pour obtenir une guérison complète.

Le 27 juin 1860, avec l'aide des confrères Bos et Girou, nous pratiquâmes cette opération. Elle offrit un premier ordre de difficultés tenant à l'étroitesse du vagin, aux mouvements désordonnés de la malade, qui n'avait subi qu'incomplétement l'action du chloroforme; un deuxième ordre de difficultés plus grandes fut dû à la position de l'épingle, qui se trouvait placée perpendiculairement à la direction de l'urèthre.

Heureusement le magma était friable. Il céda sous la pression des pinces. L'épingle fut mise à nu, une de ses branches écartée de l'autre, et son extrémité libre ramenée vers l'ouverture pratiquée. Avec un davier, on le contournait assez pour pouvoir y jeter une anse de fil. Cette extrémité ainsi fixée, on pratiqua une sorte de version, et on ramena le corps étranger.

L'épingle mesure plus de 6 centimètres; elle est très-forte, très-pointue.

La vessie débarrassée des débris calculeux, la muqueuse fut trouvée rugueuse, incrustée de graviers, présentant au toucher l'apparence d'un papier de verre.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Le 1er juillet, l'incontinence d'urine se produisit.

Le 7, la muqueuse vésicale s'exfolia, entraînant le sable qui la rendait rugueuse.

Le 12, la jeune Marie F... rentrait chez elle, rétablie en apparence, mais présentant une ouverture vésico-vaginale qui permettait le toucher vésical, et qui faisait constater que la muqueuse avait repris son poli habituel.

Pendant près d'un an, des cautérisations furent pratiquées dans les angles de la fistule, tantôt avec un crayon de nitrate d'argent, tantôt avec un stylet rougi, mais cela sans résultat bien appréciable.

Au bout de ce temps, le docteur Pouget nous renvoyait la malade, fatigué qu'il était d'user d'un moyen qui n'aboutissait pas. La jeune fille elle-même, obligée de faire douze kilomètres chaque fois pour se rendre chez lui, commençait à désirer un autre traitement.

La cautérisation répétée amène l'illusion, trompe le médecin. L'ouverture fistuleuse, étant contractile, se resserre par suite des irritations produites; vient-on à la cesser, on est tout étonné, au bout d'un mois ou deux, de retrouver les choses comme au début. C'est du moins ce que nous avons pu constater chez une autre malade qui présente une fistule vésico-vaginale, suite de couches, située près du col utérin. Chez cette malade on utilise cette circonstance de la manière suivante : lorsqu'elle est obligée de passer une journée hors de chez elle, il suffit de cautériser avec le crayon de nitrate d'argent l'orifice fistuleux, pour qu'elle soit toute la journée à l'abri de son incontinence d'urine, à la condition toutefois d'uriner souvent.

Au commencement de juin 1861, la jeune Marie F... nous revient.

Nous constatons qu'elle a pris de l'embonpoint. La menstruation s'est établie, mais la malade est toujours très-nerveuse, très-irritable; à la moindre douleur elle sanglote.

La fistule vésico-vaginale est toujours sous la forme d'une fente dont les bords se touchent, d'une longueur d'un centimètre à peine, légèrement inclinée de droite à gauche et d'avant en arrière, et située à quatre centimètres environ du méat urinaire.

Le 18 juillet, nous l'opérons par le procédé Bozeman, tel qu'il est indiqué dans la thèse du docteur Dandrade. L'avivement présente de grandes difficultés. Lorsque nous voulons, selon le conseil de MM. Verneuil et Foucher, circonscrire par une incision la surface à dénuder, les rides seules de la muqueuse vaginale sont atteintes. La ligne ne se distingue pas; à peine si les tissus saignent, à peine s'il est possible de reconnaître les points dénudés de ceux qui ne le sont pas. Les sanglots de la malade font flotter la cloison et soustraient par moments à l'œil de l'opérateur la surface à aviver.

Cependant, à force de temps et de patience, nous servant tantôt de ciseaux courbes, tantôt de bistouris et de pinces à dents de souris, nous parvenons à encadrer l'ouverture fistuleuse d'une aréole avivée, de huit millimètres environ de côté.

Au passage des fils, nouvelles difficultés tenant à l'étroitesse du vagin. Nous nous voyons contraint de nous servir d'une aiguille légèrement courbe, de dix-sept millimètres seulement de longueur. Trois anses sont placées à une distance de cinq millimètres environ, une à chacune des extrémités de la fistule, l'autre au milieu. La plaque de plomb est fixée par deux tubes de Galli, dont le dernier est rivé.

Ici une remarque doit être faite : Si nous ne nous trompons, il a été trop tiré sur les anses. Toujours est-il qu'à ce moment la malade se plaint vivement, et que nous voyons se produire de vives contractions vésicales.

Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier.

Du 18 au 24, tout paraissait aller bien. Le seul incident notable était que la malade avait replacé elle-même plusieurs fois la sonde.

Le 24, elle se sent mouillée.

Le 25, nous enlevons la suture. L'anse du milieu avait coupé les chairs. Toutes étaient d'un petit diamètre, d'un diamètre trop restreint pour qu'on ne comprît pas que là était la cause de l'insuccès.

Les angles de la plaie paraissaient réunis, mais le lendemain toute illusion cessait. Peu de jours après, la malade repartait avec une fistule agrandie et ayant une légère échancrure à son milieu.

Au mois de juin 1862, Marie F... nous revient encore. Le trajet fistuleux est à peu près dans les mêmes conditions que la première fois ; seulement, en distendant en ce point les parois vaginales, on voit qu'elles affectent à peu près la forme d'un entonnoir. La muqueuse est lisse et paraît comme taillée en biseau de la circonférence aux bords de la fistule.

La vessie est très-rétractée ; dans les divers essais que nous faisons, à la moindre distension elle se contracte avec énergie, fait saillir la muqueuse, qui est d'un rouge foncé et fait suinter du sang.

Ces manœuvres préalables rappellent les menstrues, déterminent un léger désordre abdominal, suivi de l'apparition de bulles de pemphigus sur les cuisses et sur les fesses.

Le 17 juin, tout étant calmé, on recommence la même opération. Au moyen de l'appareil indiqué plus haut, on ramène les bords de la fistule presque à l'entrée de la vulve. Il suffit d'incliner le tube d'un côté pour faire saillir la paroi opposée, déplisser et tendre la muqueuse. L'avivement se fait largement, régulièrement et sans la moindre difficulté, avec une pince à dents de souris de onze centimètres

de longueur et un petit bistouri fixé sur un manche de quatorze centimètres seulement. L'espace avivé a au moins un centimètre de côté.

Pour le passage des fils, nous retirons l'appareil.

Cinq points de suture espacés comme la première fois sont placés un à chacune des extrémités de la surface dénudée, les trois autres dans la longueur du trajet fistuleux.

Avant d'en arriver à la plaque de plomb, nous ajustons à plusieurs reprises les fils, en ayant soin de presser sur les bords de la suture avec une tige arrondie. Cela fait, nous procédons au dernier temps de l'opération, en ayant bien soin, cette fois, de ne pas trop tirer sur les anses.

Suites de l'opération. — Cette fille, nous l'avons dit, étant pauvre et n'ayant pu se caser convenablement, nous l'avons opérée chez nous sur un lit de camp. Comptant sur son énergie, et convaincu que le succès dépend des premières heures qui suivent l'opération, nous l'avons gardée et engagée à conserver toute l'après-midi la position qu'elle avait pendant l'opération. Celle-ci faite dans la matinée, avait duré deux heures et demie, de huit heures et demie à onze heures.

Le soir, nous lui permettons de se coucher un peu sur le côté ; elle reste ainsi toute la nuit. La sonde est tenue en état.

Le 18, la journée se passe de même ; elle se place tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, mais toujours sur le ventre.

Le 19, nous la trouvons en proie à des crampes d'estomac des plus vives ; elle n'a encore rien pris, si ce n'est deux pilules d'opium et deux gorgées de tisane, une chaque soir. — Décubitus sur le dos, gouttes calmantes ; cataplasme sur le ventre ; bouillons.

Le 20, les crampes reparaissent de temps à autre, mais moins vives.

Le 21, vers le soir, elle prétend que la sonde d'argent la fatigue et lui donne des envies d'uriner ; nous en plaçons une assez mince en gomme. Cette malade nous a avoué depuis que cette sonde était peu restée et qu'elle avait uriné par le canal.

Le 22, cinq jours entiers sont révolus. Nous enlevons l'appareil. La réunion est parfaite ; chaque anse est retirée ; elles mesurent à peu près le chiffre 20 à la filière Charrière. On place une couche de charpie.

Le 25, nouvel examen ; à peine quelques rougeurs dénotent le lieu de l'opération.

Le 27, nous nous réunissons, mes deux confrères et moi, pour l'exa-

miner. La muqueuse vaginale offre déjà des plis sur le point où siégeait la fistule.

Le 28, la malade repart, très-heureuse cette fois.

— Tel est le fait que j'ai cru devoir rapporter afin de faire mieux apprécier comment, après avoir eu une première fois beaucoup de peine à faire l'avivement sur une surface pâle, exsangue et à chaque instant soustraite à la vue par les ondulations de la cloison vésico-vaginale, j'ai pu une seconde fois l'exécuter en quelque sorte comme sur la main et sans la moindre difficulté. Le moyen que j'indique, tout simple qu'il est, n'a pas, que je sache, été employé. Il a, ce me semble, sur l'introduction d'une sonde, cet avantage qu'il tend mieux les surfaces à dénuder, et qu'il ménage davantage la susceptibilité du col vésical et de l'urèthre.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. VERNEUIL. L'enfant dont j'ai entretenu la Société dans la dernière séance a succombé deux ou trois jours après ma communication. D'après les renseignements que j'ai reçus, il paraît que les selles étaient restées faciles jusqu'au moment de la mort, survenue un mois après l'opération.

M. MARJOLIN. Si j'ai bonne mémoire, je crois que c'est la première opération pratiquée sur le vivant suivant le procédé de M. Verneuil. Je pense que M. Verneuil est tombé sur un cas heureux, exceptionnel, en ce que l'ampoule rectale était très-accusée. Ordinairement l'on trouve l'anus bien conformé; on enfonce le petit doigt, et à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'orifice on sent la fluctuation; on fait la ponction du disque membraneux, et on débride avec prudence. Mais est-on sûr qu'il y ait au-dessus une ampoule anale? La fluctuation peut très-bien être produite non par la vessie distendue, mais par une anse de l'intestin grêle. Dans les cas rares où l'autopsie a été pratiquée à la suite de ces opérations, qu'a-t-on vu? L'intestin manquait à sa terminaison; il était remplacé par un cordon filamenteux, et dès lors la fluctuation n'était pas due à l'ampoule rectale. Cette fluctuation n'était produite certainement que par une anse de l'intestin grêle.

M. VERNEUIL. Il faut que je me sois mal expliqué. J'ai dit que la place de l'anus était marquée par des plis radiés; je n'avais ni de périnée bombé ni de fluctuation. Rien ne pouvait me faire deviner où était le rectum. J'ai été obligé de le chercher; je l'ai trouvé, et je l'ai ouvert le voyant et le touchant. C'est après cette ouverture que je l'ai amené au dehors et fixé à la peau.

M. GUERSANT. Je suis de l'avis de M. Marjolin quand il dit qu'une anse intestinale peut descendre derrière la vessie et donner lieu à une

erreur. Cependant cette disposition ne se présente pas toujours, et dans huit opérations, après la ponction, j'ai été assez heureux pour tomber dans l'ampoule anale. Si la ponction ne réussit pas, à l'exemple d'Amussat et de M. Verneuil, je fais une dissection pour découvrir l'extrémité terminale de l'intestin. Comme je n'opère souvent que vers le quatrième jour, alors qu'on se décide à m'amener les enfants, je m'explique pourquoi j'ai souvent trouvé l'ampoule distendue. En observant les enfants au premier jour de leur naissance, on ne peut pas trouver le périnée en saillie. Quand, après la ponction, j'ai ouvert l'intestin, je le fixe à la peau en me servant de l'instrument que M. Bonnafont a inventé pour le phimosis.

M. GIRALDÈS. Il n'est pas rare de pratiquer des opérations pour des anus imperforés chez les nouveau-nés. Il y a même des époques où cette opération est fréquente; ainsi, dans l'espace de quatre mois, je l'ai faite huit fois. J'ai vu quelquefois que le périnée faisait saillie, alors que l'anus manquait complétement. Dans toutes ces opérations, je me suis servi du trocart cannelé, et je n'ai pas rencontré les dangers que l'on a signalés ici. Il est certain que si la ponction est mal faite, il surviendra des accidents; mais avec l'habileté ordinaire, on peut les éviter. En ce moment je puis encore observer deux petits enfants que j'ai opérés il y a plus de deux mois; je les vois de temps en temps, et ils vont très-bien.

RAPPORT.

M. BLOT. Messieurs, la Société a reçu dans les premiers jours du mois de juin 1862, de M. le docteur Mordret, du Mans, un manuscrit intitulé : *Quelques accouchements difficiles de ma pratique.*

Je viens aujourd'hui, comme rapporteur d'une commission composée de MM. Danyau, Depaul et Blot, vous rendre compte du travail de notre confrère.

Ce travail est constitué par la relation de cinq cas de dystocie qui se sont présentés dans la pratique de M. Mordret. Chacune de ces observations est accompagnée de réflexions que nous aurons à apprécier tout à l'heure.

Le premier fait, dont l'observation comprend la moitié du manuscrit, est relatif à un cas complexe qui peut être interprété de plusieurs manières; aussi me crois-je obligé d'entrer, à son sujet, dans quelques détails.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, arrivée au terme de sa deuxième grossesse. Cette femme, dont le premier accouchement avait été simple et heureux, fut apportée à la Maternité du Mans, le 10 février 1861, à trois heures du soir, après quatre jours de travail

infructueux. Elle avait subi, en ville, plusieurs tentatives de version et quatre applications de forceps. Son état général était des plus alarmants : le côté droit du bas-ventre et la cuisse correspondante étaient si douloureux que les moindres attouchements sur ces parties arrachaient des cris à la malade. Il y avait une présentation du sommet compliquée de procidence du bras. L'enfant avait cessé de vivre depuis longtemps.

La femme étant chloroformée, une application de forceps sur la tête retenue au détroit supérieur fut faite, sans succès, par M. Mordret père. Une première tentative de version resta sans résultat, une deuxième put extraire l'enfant; la délivrance ne présenta rien de particulier.

Pendant les deux jours qui suivirent l'accouchement, la malade n'éprouva aucun accident; cependant la sécrétion laiteuse ne s'établit pas, et le troisième jour, des accidents de péritonite localisée au côté droit de l'hypogastre se développèrent. Ils furent combattus par des sangsues, des cataplasmes et des onctions mercurielles belladonées. En même temps la malade accusa dans la fesse droite une douleur vive, que le moindre mouvement exaspérait, et on vit bientôt se développer une tuméfaction notable de l'hypogastre. A ce moment seulement, on apprit de la malade que, trois semaines auparavant, elle était tombée violemment le ventre sur une échelle.

Le 24 février, de larges phlyctènes s'étaient développées sur le point douloureux de l'hypogastre; une fluctuation évidente existait en ce point, et une ponction faite avec une lancette donna issue à un demi-litre de pus séreux, roussâtre, d'une odeur gangréneuse et stercorale; la peau, en ce point, était mortifiée; et le lendemain 25 on put enlever avec des ciseaux de grands lambeaux de peau et de tissu cellulaire. La gangrène existait dans une étendue de 18 centimètres en hauteur et de 14 en largeur. Les muscles droit et oblique correspondants étaient disséqués par la suppuration. La gangrène, limitée par en haut, gagna le pli de l'aine.

Le 6 mars, l'état général s'aggrava et il survint de la diarrhée.

Le 7 et le 8, la fièvre augmenta.

Le 9, survint du délire, et le 10 au soir, la malade expira dans un état de marasme profond.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions constatées pendant la vie, une large perforation de la partie supérieure droite du vagin, située à 3 centimètres du col de l'utérus. Par cette déchirure, on pénétrait dans la fosse ischio-rectale et jusque dans les muscles de la fesse droite, à travers la grande échancrure sciatique. Toutes ces parties

étaient profondément gangrenées comme dans les cas de contusion violente.

Enfin, sur le tiers supérieur de la branche ischio-pubienne droite, existait une fracture non consolidée.

Tels sont, en résumé, les points principaux de cette observation.

On se demande pourquoi, dans ce cas, notre confrère s'est décidé à faire la version plutôt que l'embryotomie. Puisque l'enfant était mort depuis longtemps, il ne représentait plus qu'un corps étranger, et il fallait l'extraire avec le moins de violence possible pour la mère. La rétraction violente de l'utérus, l'écoulement complet du liquide amniotique et l'engagement déjà considérable de la partie fœtale, indiquaient l'embryotomie et me semblaient contre-indiquer de nouvelles tentatives de version. Cette dernière opération, sans bénéfice aucun pour le fœtus, puisqu'il était mort, exposait la mère à des ruptures nouvelles de l'utérus ou du vagin.

Cette observation est une preuve de plus à ajouter à toutes celles qui existent déjà dans la science, de l'indispensable nécessité d'avoir bien présente à l'esprit la direction exacte des axes du conduit vulvo-utérin. C'est, en effet, à cause de l'ignorance de cette direction, que les premiers opérateurs ont produit, en appliquant le forceps, la déchirure du vagin et tous les affreux délabrements relatés plus haut. Quant aux violences qui ont produit ces accidents, on a peine à comprendre qu'elles aient pu être aussi intenses. Il faut véritablement ignorer complétement tous les préceptes de l'art des accouchements pour agir ainsi. C'est pour cette raison que votre rapporteur s'est demandé si la fracture de la branche descendante du pubis doit véritablement être rapportée à la cause assignée par M. Mordret, et si elle n'est pas plutôt résultée de la chute violente faite quelques jours avant l'accouchement.

La deuxième observation est relative à un cas de présentation de l'épaule méconnue pendant un certain temps, et à des difficultés très-grandes dans la version, par suite de l'engagement de la partie fœtale et de la procidence des deux bras et des deux jambes, qui étaient à cheval sur le cou.

Ici encore, comme dans le cas précédent, il s'agissait d'un enfant mort. Au moment où M. Mordret vit la femme, l'écoulement du liquide amniotique était complet, la rétraction utérine considérable, et il existait un engagement profond non-seulement de l'épaule, mais d'une partie du tronc. Si l'on ajoute à cela que les deux bras et les deux jambes avaient été amenés dans le vagin par les médecins appelés avant M. Mordret, on comprendra difficilement pourquoi notre honorable confrère insista encore dans ce cas pour extraire l'enfant

par la version. On se demande si jamais l'embryotomie fut plus indiquée, et malgré le rétablissement de la femme, on ne peut approuver le parti qui a été adopté. Je ne saurais donc trop répéter le précepte déjà formulé plus haut, à savoir, que l'extraction du fœtus mort doit toujours être faite comme celle d'un corps étranger, un polype volumineux, une tumeur fibreuse considérable, c'est-à-dire en exerçant sur les organes maternels le moins de violence possible. Or, pour remplir cette indication capitale, le meilleur procédé opératoire est l'extraction par parties, c'est-à-dire l'embryotomie.

Le manuscrit de M. Mordret se termine par quelques notes succinctes sur trois autres cas de dystocie, relatifs, le premier, à une version rendue impossible par l'écoulement complet du liquide amniotique, la rétraction violente de l'utérus et l'engagement considérable du tronc, plié en deux sur lui-même. Dans ce cas, M. Mordret a pu extraire le fœtus ainsi plié, grâce à des tractions extrêmement fortes, exercées avec les crochets mousses du forceps, qu'il fit pénétrer dans le bassin du fœtus. Malgré le résultat obtenu, j'aurais encore préféré à ce procédé opératoire l'embryotomie, qui aurait évité à la mère des violences énormes et peut-être quelques-uns des accidents qui ont apporté un long retard à son rétablissement. On ne saurait trop le répéter, dans les accouchements laborieux, il faut accorder bien plus à l'adresse qu'à la force.

La deuxième note a trait à un cas d'application du forceps d'abord impossible, et quelques heures plus tard très-facile, sur une tête restée seule dans l'utérus après la détroncation. Nous ne voyons rien autre chose dans ce fait que ce qu'on rencontre tous les jours dans la pratique obstétricale, à savoir, l'utilité d'une certaine expectation après une première opération restée infructueuse, l'observation clinique montrant souvent que, sous l'influence de quelques contractions utérines, des changements importants dans les rapports de la tête avec le bassin peuvent rendre très-simple et très-inoffensive une application de forceps, qui aurait été peut-être accompagnée de graves lésions si on avait voulu terminer quand même à une première tentative.

Enfin, dans la troisième et dernière observation, il est question d'une application de forceps suivie de succès dans un cas de présentation de la face où une première application était restée infructueuse, parce qu'on avait méconnu la position.

Ce fait prouve simplement, une fois de plus, qu'en médecine opératoire obstétricale plus peut-être qu'en aucune autre circonstance, la première condition de succès consiste dans la précision du diagnostic.

Tels sont, Messieurs, en résumé, les faits intéressants dont la relation vous a été adressée par M. le docteur Mordret. Ils pourraient certainement fournir matière à de plus amples réflexions de la part de votre rapporteur, mais il craindrait d'abuser des moments de la Société. Il se contentera donc, pour terminer, de joindre aux quelques critiques formulées plus haut la part d'éloges bien mérités par notre honorable confrère pour le soin consciencieux avec lequel il a recueilli les observations qu'il nous a communiquées, et la bienveillance avec laquelle il a traité les médecins dont il lui a fallu réparer les erreurs.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser à M. Mordret une lettre de remercîments;

2° Déposer son manuscrit dans les archives de la Société ;

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Ces conclusions sont adoptées.

M. LE PRÉSIDENT propose en outre, et la Société adopte, l'insertion du rapport dans les *Bulletins* de la Société.

COMMUNICATION.

Procédé opératoire pour une forme du cancer de la langue. — M. CHASSAIGNAC. Les cancers qui siégent à la pointe, au milieu, à la base de la langue, sont soumis à des procédés bien connus, et ce n'est pas de ces cancers que je veux entretenir la Société. Je veux parler seulement de ces cancers qui sont entre le frein et la pointe de la langue. Pour ces cancers, on éprouve quelques difficultés opératoires, que je crois avoir surmontées cependant en employant un procédé que j'ai eu l'occasion de mettre en usage dans trois cas.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui m'avait été adressé par M. Ricord. Le traitement par l'iodure de potassium avait échoué; il était bien démontré que la tumeur était cancéreuse. Ce cancer sublingual se présentait sous forme d'une masse peu volumineuse occupant le plancher buccal dans une certaine étendue, empiétant un peu dans l'épaisseur de la langue. Je fus d'abord un peu déconcerté sur la manière d'agir. Comme dans cette région l'hémorrhagie est à redouter, il ne fallait pas penser au bistouri; il n'y avait qu'à recourir à l'écraseur linéaire. Mais comment enlever la tumeur avec cet instrument? C'était là une difficulté. Au lieu de faire la section d'avant en arrière, je passai le trocart conducteur transversalement en arrière de la tumeur, et je parvins à la séparer de la

face inférieure de l'extrémité antérieure et libre de la langue. Passant ensuite le trocart au-dessous de la tumeur, je la soulevai du plancher buccal ; je fis une seconde application de la chaîne, et je parvins ainsi à l'énucléation du cancer.

J'ai obtenu une guérison complète dans le deuxième cas. C'était un malade du Dauphiné qui m'avait été adressé par un chirurgien de Lyon. J'ai employé ce même procédé avec un égal succès. Enfin, dans un troisième cas à l'hôpital, j'ai également réussi.

Il est une remarque que je tiens à présenter relativement à la préférence qu'il faut accorder au bistouri ou à l'écraseur. Il est vrai qu'avec le bistouri l'on coupe ce que l'on voit, l'on s'arrête où l'on veut, on respecte ce que l'on désire conserver, et qu'avec l'écraseur il n'est pas toujours possible de se guider avec cette précision. Mais avec l'écraseur il n'est pas nécessaire de voir, il suffit de sentir avec le doigt ; la consistance seule des tissus permet toujours d'établir la limite entre les parties altérées et celles qui sont saines. De sorte que, sous ce rapport, l'écraseur n'a aucune infériorité relativement au bistouri.

LECTURE.

M. VERNEUIL lit un mémoire envoyé par M. le docteur Philipeaux, membre correspondant, se rapportant à la *cautérisation de l'épiploon après l'opération des hernies ombilicales, inguinales ou crurales.*

Lorsque dans une opération de hernie ombilicale étranglée on trouve une portion d'épiploon, le parti que l'on doit prendre offre de grandes difficultés.

La science est loin d'être fixée sur la méthode qui doit être préférée, car toutes celles qu'indiquent les auteurs sont suivies de revers graves et fréquents.

Ces résultats malheureux se retrouvent après l'emploi de toutes les méthodes proposées jusqu'à présent, à savoir :

1° La réduction précédée ou non de la section des adhérences ;

2° L'abandon de l'épiploon dans la plaie ;

3° L'excision de la partie épiploïque qui dépasse l'anneau herniaire ;

4° La ligature immédiate suivant le procédé de Celse et Darnaud, ou faite après le développement des bourgeons charnus suivant les conseils donnés par le célèbre Scarpa.

Si l'étranglement produit par la constriction de l'épiploon concourt, comme l'ont démontré Verdier, Pipelet, Pouteau et Rott, à la production des accidents, la gangrène et la putréfaction de l'épiploon

sont dans tous les cas la cause principale des péritonites mortelles et des résorptions putrides qui occasionnent la mort des opérés.

La cautérisation peut-elle suppléer à l'insuffisance de toutes les méthodes que nous venons d'énumérer ? Il serait impossible de répondre à cette question en consultant les auteurs anciens.

Celse, il est vrai, conseille de ne pas faire rentrer dans le ventre l'épiploon très-volumineux, mais de l'enduire de médicaments caustiques jusqu'à ce qu'il meure ou se détache spontanément. Il ajoute même que le caustique est préférable à la ligature, parce qu'il fait tomber plus promptement l'épiploon.

Scarpa a aussi employé des caustiques, puisque, après avoir cité le passage de Celse, il ajoute : « Ce que je puis assurer d'après l'expérience, c'est que le précipité rouge uni à l'alun n'attaque que la superficie de l'épiploon et le fait tomber couche par couche. » Plus loin : « Lorsque l'épiploon commence à suppurer, si l'on ne voulait pas faire usage de la ligature, on pourrait le détruire couche par couche à l'aide des escharotiques. » (Scarpa, *Traité des hernies*, 1825, p. 195).

Mais si la cautérisation est indiquée par ces deux auteurs, on chercherait vainement dans leurs ouvrages des règles précises sur l'emploi, le choix des caustiques, et sur les effets que l'on doit en attendre. D'ailleurs, dans leurs préceptes, il ne s'agit que d'une cautérisation superficielle, bien différente de celle qui est destinée à détruire tout l'épiploon.

Il appartenait à la chirurgie lyonnaise, toujours si partisane de cette méthode de traitement, de combler cette lacune.

Amédée Bonnet conçut, il y a quelques années, l'idée d'appliquer à la destruction de l'épiploon la pâte au chlorure de zinc, non plus en se bornant à mortifier la superficie de l'épiploon hernié, ainsi que Celse et Scarpa paraissent l'avoir fait, mais en faisant des applications renouvelées et prolongées dans quelques circonstances pendant plus d'une semaine, afin de détruire toute la partie herniée.

Dans le premier cas, qui date de 1843, il s'agissait d'une masse épiploïque du volume du poing, irréductible et abandonnée dans la plaie après l'opération.

Dans le second, publié en 1847 dans le *Bulletin de thérapeutique*, M. Bonnet, ayant affaire à une hernie ombilicale épiploïque très-volumineuse, avec inflammation, ulcération et gangrène de l'épiploon, pénétration de l'air dans le sac et état général alarmant, fit une large incision au sac, et appliqua plusieurs ligatures sur une masse épiploïque du volume des deux poings, et excisa toutes les parties dépassant les ligatures. La gangrène survint ; des applications succes-

sives de larges plaques de chlorure de zinc en triomphèrent, et la malade guérit.

Depuis lors, les chirurgiens de Lyon ont imité son exemple, et en ont obtenu, comme je l'indiquerai bientôt, des résultats très-satisfaisants.

Bonnet ne se contentait pas d'appliquer sur l'épiploon des couches, de larges plaques de pâte au chlorure de zinc, qu'il laissait en place vingt-quatre heures, il les renouvelait si cela était nécessaire, après avoir pris la précaution d'enlever avec le bistouri les parties mortifiées.

M. Desgranges a employé le procédé suivant, qui me paraît préférable :

L'épiploon est-il libre, sans adhérences, on le rejette sur le ventre au-dessus de l'orifice de la hernie ; on l'engage dans une compresse fendue, cératée sur les deux faces et destinée à protéger la plaie et les organes environnants. On le déplisse, on l'étale de manière qu'il n'offre au caustique qu'une surface peu étendue susceptible d'être cautérisée en vingt-quatre heures. Après l'avoir ainsi isolé, on comprend son pédicule entre deux morceaux de pâte de chlorure de zinc, à quelques millimètres au-dessus de l'orifice herniaire protégé par la compresse. On maintient ce pansement avec un spica de l'aine ; ces précautions suffisent pour contenir la hernie et empêcher le caustique de s'étendre au delà des parties à cautériser (1).

Le 14 septembre 1850, M. Desgranges employa ce procédé pour la première fois ; il s'agissait d'une femme atteinte d'une hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée ; la masse d'épiploon, très-volumineuse et adhérente, fut détachée de ses adhérences et cautérisée à plusieurs reprises. La malade n'éprouva à la suite de l'opération que quelques accidents insignifiants, deux abcès sous-cutanés et une hémorrhagie très-légère provoquée par des tiraillements exercés sur l'eschare. La malade guérit parfaitement (2).

M. Valette eut occasion d'appliquer cette méthode opératoire en 1857 ; la malade était atteinte d'hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée. La kélotomie fut pratiquée, l'intestin fut réduit, et sur la masse épiploïque on plaça un morceau de pâte au chlorure de zinc ; la guérison ne put avoir lieu. La malade succomba le lendemain même de l'opération.

(1) *De la cautérisation de l'épiploon dans l'opération de la hernie étranglée.* Vissaguet, thèse pour le doctorat ; Paris, 1858, p. 22.

(2) Voyez pour de plus amples détails mon *Traité de la cautérisation*, p. 457.

Si la cautérisation, appliquée pour conjurer les accidents de la kélotomie, n'avait été utilisée que quatre fois, nous ne nous serions pas permis de revendiquer pour elle le rang qu'elle doit occuper dans la thérapeutique chirurgicale : quatre faits ne sont pas suffisants pour asseoir la valeur d'une méthode curative ; mais la cautérisation ayant été mise en pratique un grand nombre de fois par plusieurs chirurgiens dans les cas de hernies inguinales et crurales avec des résultats fort satisfaisants, il m'est bien permis de m'appuyer sur ces faits pour réclamer en faveur de la cautérisation le premier rang parmi les méthodes propres à assurer l'efficacité de la kélotomie.

Dans mon *Traité sur la cautérisation*, p. 453 et suivantes, j'ai fait connaître sept observations de hernies inguinales et crurales étranglées, dans lesquelles l'épiploon a été détruit par la cautérisation, et je n'ai eu que des succès à enregistrer.

Depuis lors M. Vissaguet en a cité un assez grand nombre, et si la méthode n'a pas été toujours innocente, elle a du moins procuré des résultats avantageux, puisque sur *vingt-trois opérations* de kélotomie suivie de la cautérisation, il a pu faire connaître *dix-neuf succès* pour quatre morts.

Depuis 1858, plusieurs opérations de ce genre ont été faites ; je me suis enquis de toutes celles qui ont été pratiquées, et comme le résultat n'en a été publié nulle part, je m'empresse de le faire connaître.

M. Bonnet a opéré une hernie inguinale avec succès ; M. Barrier a obtenu le même résultat chez un homme ; M. Desgranges, qui a pratiqué 17 opérations analogues, a eu 13 succès pour 4 morts ; moi-même j'ai pratiqué sur une femme la cautérisation, et j'ai réussi.

Dans les cas de hernies crurales, M. Bonnet a eu sur 3 opérations 3 succès ; M. Valette, sur une opération un succès ; M. Barrier, sur une opération un succès ; M. Desgranges, sur 8 opérations 7 succès et 1 mort.

Maintenant que j'ai fait connaître tous les faits heureux et malheureux dans lesquels la cautérisation a été employée, il me sera facile de démontrer la supériorité de la cautérisation sur la méthode ordinaire, en plaçant ci-dessous la statistique que je viens de dresser.

Hernies ombilicales.

MM. Bonnet. . . .	2	opérations. . . .	2 succès.
Desgranges . .	1	—	1 —
Valette. . . .	1	—	1 mort.

Hernies inguinales.

MM. Bonnet. . . .	1	opération	1 succès.
Barrier . . .	1	—	1 —
Desgranges . .	17	—	13 —
— . .		—	4 morts.
Philipeaux. . .	1	—	1 succès.

Hernies curales.

MM. Bonnet. . . .	3	opérations. . . .	3 succès.
Barrier . . .	1	—	1 mort.
Desgranges . .	8	—	7 succès.
— . .		—	1 mort.
Valette. . . .	1	—	1 succès.
Total. . .	37	opérations. . . .	30 succès. 7 morts.

En résumé, tandis que nous trouvons sur 32 opérations de hernies étranglées faites à Paris 29 morts et 3 succès, nous pouvons fournir par la pratique lyonnaise, c'est-à-dire par la cautérisation associée à la kélotomie, sur 37 opérations, 30 succès et 7 morts.

Mais, à supposer que l'on puisse m'objecter que dans la statistique de M. Huguier il ne s'agit que de hernies ombilicales, tandis que dans la mienne se trouvent réunis des faits de hernies inguinales, crurales et ombilicales, je répondrai que le nombre de succès obtenus par la cautérisation est trop considérable comparé à celui fourni par la kélotomie ordinaire seule, pour qu'on ne puisse pas en admettre la supériorité.

Si maintenant l'on compare ma statistique à celle de M. le professeur Malgaigne, on est encore frappé du résultat.

Sur 183 opérations de kélotomie ombilicale, crurale et inguinale, ce savant professeur a trouvé 114 morts; pour moi, sur 37 opérations par cautérisation, je trouve 30 succès pour 7 morts, et, sur ces 7 insuccès, il en est même 4, au dire de M. Vissaguet, qui ne doivent pas être attribués à cette méthode de traitement; ainsi, deux malades opérés dans un état d'adynamie profonde ont succombé sans présenter aucun signe de péritonite; un troisième malade est mort des suites d'un anus contre nature, comme c'est la règle en pareil cas; et un quatrième était déjà à peu près guéri, lorsqu'une perforation tardive de l'intestin entraîna un épanchement stercoral, une péritonite et la mort.

Quoi qu'il en soit, cette statistique, tout en faveur de la cautéri-

sation, méritait d'être connue, car elle se trouve fondée sur un ensemble de faits qui prouvent incontestablement les avantages de cette méthode de traitement.

DISCUSSION.

M. BOINET. Dans les faits produits par M. Philipeaux, il faut tenir compte des conditions dans lesquelles ces opérations ont été faites pour en apprécier la valeur réelle en faveur de sa méthode. Ainsi, à la campagne, les succès sont plus fréquents, et il ne faudrait pas en inférer que la méthode est meilleure. La cautérisation ne paraît devoir être faite qu'à la dernière extrémité.

M. VERNEUIL. La question est celle-ci : quand on a débridé, que faut-il faire de l'épiploon? Faut-il le réduire, faut-il le laisser en place, l'exciser ou le cautériser? A. Bonnet et M. Philipeaux ne réduisent pas, ils veulent le détruire sur place. Mais dans leur méthode, quelle est la part qui revient à la non-réduction et à la cautérisation? C'est ce qu'il est difficile d'établir ; je crois, pour ma part, qu'il faut faire une large part à la non-réduction.

M. CHASSAIGNAC. Pour moi, je pense que toute hernie épiploïque ou entéro-épiploïque est moins grave qu'une entérocèle pure. Ainsi, sur douze cas d'entéro-épiplocèle je n'ai eu que trois morts, et cependant je n'ai pas eu recours à la cautérisation. J'ai constamment employé l'excision après avoir étreint le pédicule soit avec un fil, soit avec l'écraseur. J'ai ensuite maintenu le pédicule au dehors, où il contracte bientôt des adhérences solides ; et, chose remarquable, malgré la présence de ce tampon, la hernie s'est reproduite quelquefois. Pour prouver que la cautérisation est préférable, il faudrait apporter une statistique bien faite et établie sur des faits homogènes.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je pense que l'excision est très-bonne. En la faisant, faut-il lier en masse ou bien faire des ligatures partielles? Voilà ce qu'il faudrait discuter. Je me suis toujours bien trouvé de la ligature partielle dans les hernies inguinales et ombilicales. Je pouvais ainsi abandonner le pédicule, qui remontait plus ou moins, mais toujours sans inconvénients.

M. CHASSAIGNAC. Je ne reconnais à la ligature en masse que l'avantage de permettre une excision prompte. Mais je crois que les ligatures perdues dans l'abdomen offrent des dangers sérieux. Je n'aime pas que l'on laisse remonter le pédicule, parce qu'il peut se produire une hémorrhagie dans l'abdomen.

M. LE PRÉSIDENT propose qu'il soit fait un extrait du travail de

M. Philipeaux pour les *Bulletins*, et le renvoi du mémoire au comité de publication. La Société adopte.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 30 *juillet* 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les trois numéros de la *Gazette des Hôpitaux;*

2° L'*Union médicale;*

3° La *Gazette hebdomadaire;*

4° La *Gazette médicale de Strasbourg;*

5° Le *Journal de médecine de Bordeaux;*

6° *Della perineo-cheilorafia nella cura dei prolassi della matrice;* del prof. Cav. Francesco Rizzoli;

7° Rippoldsau, *Sources minérales;* par M. le Dr Robert ;

8° *Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité;* par M. le Dr Picard (Jean-Paul). [Concours pour le prix Duval.]

9° Une lettre de M. Bauchet, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. le président annonce que M. Mac-Leod (de Glascow), membre correspondant étranger, et M. de Doubowisky, président de l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg assistent à la séance.

LECTURE.

M. REYBARD (de Lyon), membre correspondant, lit un Mémoire sur un nouveau mode de traitement des rétrécissements de l'urèthre (1).

DISCUSSION.

M. RICHARD. Je veux demander à M. Reybard s'il pourrait joindre à son excellent travail les observations sur lesquelles il se base, afin que l'on pût bien constater la guérison, et depuis quand elle existe.

(1) L'auteur n'a pas remis l'extrait de son Mémoire.

M. REYBARD. J'ai déjà traité quinze malades; c'est d'après leurs observations que je fonde l'espoir d'établir une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements moins dangereux; ce que j'ai avancé n'est donc pas une théorie, mais un résultat de ma pratique.

M. RICHARD. J'ai voulu seulement manifester un désir et non produire une objection. Il est évident que si nous avions sous les yeux les observations de M. Reybard, nous pourrions plus facilement répéter ses expériences, et nous serions plus accessibles à la conviction.

M. REYBARD. Je communiquerai ces observations et je pourrai ainsi satisfaire au désir de M. Richard.

— M. LE PRÉSIDENT propose qu'il soit publié un extrait du mémoire de M. Reybard dans les *Bulletins de la Société.*

La Société adopte.

COMMUNICATION.

Tumeur du maxillaire inférieur; kyste alvéolo-dentaire; battements dans la tumeur; opération. — Refoulement de la langue. — M. LEGOUEST. Dans une des dernières séances, MM. Broca, Velpeau, Richet, Follin, ont appelé l'attention de la Société sur les battements que l'on perçoit dans les cavités osseuses remplies de liquide. Je viens d'avoir l'occasion de faire une observation analogue dans une tumeur du maxillaire inférieur.

Il s'agit d'un officier qui est entré dans mon service il y a six mois pour une tumeur du maxillaire inférieur. Cette tumeur offrait des battements isochrones à ceux du pouls au niveau de la première molaire. Par l'orifice qui était le siége de ce phénomène, on voyait aussi s'écouler un liquide ichoreux, extrêmement fétide. Le développement de cette tumeur, qui était très-dure et très-vasculaire, avait été très-rapide, puisque dans l'espace de six mois elle avait atteint le volume d'un œuf de poule. En outre, elle était le siége d'une douleur extrêmement vive et d'hémorrhagies très-abondantes.

En raison de ces douleurs, de la consistance, de l'écoulement du pus ichoreux très-fétide, surtout du développement rapide des hémorrhagies, je ne crus pas à l'existence d'un kyste, mais j'admis que la tumeur était cancéreuse. Je fis donc l'ablation de la mâchoire inférieure dans toute sa portion horizontale. Quand j'examinai la tumeur enlevée, et que je mets sous vos yeux, il me fut facile de reconnaître qu'elle était formée par un kyste alvéolo-dentaire, contenant dans sa cavité deux dents.

Je m'étais donc trompé dans mon diagnostic, mais je crois être

excusable en présence des principaux symptômes qui s'étaient manifestés.

Quant aux battements, ils s'expliquent facilement par la grande vascularité de la tumeur et de la muqueuse qui tapissait le kyste.

Pendant l'opération, j'ai porté mon attention sur la rétraction de la langue. A peine avais-je coupé ses insertions antérieures, que le malade se leva brusquement ; il était suffoqué. Pour remédier à cet accident, je crus devoir me contenter de passer une aiguille dans l'épaisseur de la langue. Mais cela fut insuffisant, et comme la langue se portait encore en arrière, je traversai toute son épaisseur avec un fil que je confiai à un aide d'abord, pendant que je terminais l'opération. Arrivé à son lit, le malade prenait lui-même le fil et tirait sa langue au dehors, si elle se portait trop en arrière. Aujourd'hui cette manœuvre n'est plus nécessaire, et la suffocation n'a plus lieu.

DISCUSSION.

M. RICHARD. Je trouve cette observation curieuse au point de vue du diagnostic. Il s'agit bien d'un kyste dentaire, et cependant tout conspirait pour dérouter le chirurgien. En effet, l'appel des dents fait défaut, ici nous les trouvons en nombre complet ; le début est celui des tumeurs à myéloplaxes, qui se montrent précisément entre la première molaire et la canine ; enfin, il y avait des battements isochrones à celui du pouls. Je comprends facilement l'erreur dans laquelle M. Legouest est tombé, et tout le monde aurait jugé comme lui.

M. TRÉLAT. Je veux faire une objection à ce que M. Richard vient d'avancer. M. Richard dit que la présence de toutes les dents était une cause d'erreur. Je suis d'un avis contraire ; ce n'est pas là un signe suffisant, et l'on sait qu'il est très-fréquent de voir des germes dentaires surnuméraires.

M. RICHARD. M. Trélat paraît connaître un grand nombre de faits contraires à mon opinion. Quant à moi, je connais les faits observés par M. Forget, et dans tous, au nombre de 12 ou 15, on a observé qu'il manquait une ou plusieurs dents. Je persiste donc à croire, d'après ces faits, que l'absence de dents peut être un bon élément de diagnostic.

M. CHASSAIGNAC. Quant au refoulement de la langue, je dois avouer que je suis peu disposé à l'admettre. Dans les nombreuses opérations que j'ai pratiquées sur le maxillaire inférieur, j'ai toujours eu soin de passer un fil à travers la langue pour me prémunir contre cet accident, et jamais je ne l'ai vu se manifester. Je crois donc volontiers que cette rétraction est une pure théorie.

M. RICHET. Je désire savoir s'il y avait paralysie du nerf mentonnier.

M. LEGOUEST. Elle n'existait pas.

M. RICHET. Je suis en droit de conclure que le kyste n'avait pas son point de départ dans le canal dentaire.

M. LEGOUEST. Les crises de douleur s'expliquent très-bien par la présence du nerf dentaire presque à nu au fond du kyste, qui s'emplissait de liquide et se vidait tour à tour. De là résultait une compression qui s'exerçait sur le nerf dentaire.

M. RICHET. Il n'y a pas longtemps que j'ai présenté une portion du maxillaire inférieur offrant des tumeurs dans son intérieur. Une de ces tumeurs comprimait le nerf dentaire. Ce fut seulement sur l'existence de la paralysie du nerf mentonnier que je portai mon diagnostic et que je me décidai à faire une résection, malgré l'avis contraire de M. Denonvilliers, auquel j'avais montré le malade. L'événement me donna raison.

Quant au refoulement de la langue, il a été le sujet d'une discussion dans la Société il n'y a pas longtemps. Cette discussion fut même terminée par la nomination d'une commission pour l'examen d'un malade qui se trouvait dans le service de M. Maisonneuve et qui n'avait pas de rétraction. Quant à moi, je soutenais l'existence de cette rétraction, parce que je l'avais observée. Ainsi, étant interne de Philippe Boyer à l'hôpital Saint-Louis, je fus appelé, un jour de garde, auprès d'une malade opérée par M. Jobert, qui avait passé un fil à travers la langue. Quand j'arrivai auprès de cette malade, elle était inanimée, parce que le fil ayant coupé la langue, celle-ci s'était rétractée. Je m'empressai, avec l'aide de M. Laurès, interne avec moi, de saisir la langue avec des pinces; après quelques difficultés, je parvins à l'amener au dehors, et je passai un second fil. Les accidents cessèrent immédiatement après. Un fait semblable avait été rapporté par Bégin.

Voici une autre observation :

Remplaçant M. Roux à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années, j'avais enlevé la partie moyenne de la mâchoire inférieure et j'avais taillé l'os en biseau pour mieux l'affronter. Je faisais la suture des deux fragments rapprochés, lorsque l'interne m'avertit que le malade étouffait. Je tirai la langue au dehors, et quand je voulus de nouveau rapprocher les fragments, l'étouffement se reproduisit. En réfléchissant à ce fait, j'arrivai bientôt à l'expliquer de la manière suivante : il était évident qu'en se rapprochant les deux fragments diminuaient l'espace parabolique dans lequel se loge la langue, et dès lors celle-

ci était refoulée en arrière. Cette explication était d'autant plus plausible qu'il m'avait suffi d'écarter les fragments pour faire cesser les accidents et de les rapprocher pour les reproduire.

On a discuté la question de savoir si la langue était portée en arrière soit par le refoulement, soit par la rétraction des muscles styliens. Je ferai remarquer que dans ce dernier cas c'était bien un refoulement.

Je désirerais savoir si M. Legouest n'avait pas rapproché les fragments, et n'avait pas ainsi produit un refoulement de la langue.

M. VERNEUIL. Pour éviter des recherches inutiles, on voudra bien me permettre de rappeler ici que cette question a été exposée dans tous ses développements dans une thèse soutenue devant la Faculté par M. Camille Augier.

M. LEGOUEST. Il n'y avait pas refoulement chez mon opéré, puisque l'accident est arrivé avant toute suture, tout rapprochement.

Du reste le refoulement de la langue n'est pas si fréquent que l'on pourrait se l'imaginer. Il y a longtemps que M. Hutin a publié une observation d'un soldat qui eut tout le maxillaire inférieur emporté par un boulet de canon, et cependant la langue ne se rétracta point, à la suite d'une restauration de la face. On trouve dans la clinique de Dupuytren un fait rédigé par M. Larrey. Il s'agissait d'un cas semblable à celui de M. Hutin; on fit la réunion, et la langue ne fut point refoulée en arrière.

J'ai en ce moment, dans mon service, un malade qui est affecté d'un délabrement semblable; j'ai tenté chez lui une restauration en conservant un peu de la mâchoire inférieure. J'ai réuni les deux fragments, et je n'ai pas observé le refoulement de la langue. Il est vrai qu'il reste au-dessous de la mâchoire un hiatus, et je ne sais pas si en le comblant je ne verrais pas se reproduire cet accident.

M. RICHET. Je ne veux pas prolonger cette discussion, cependant je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il ne saurait y avoir le moindre doute sur l'existence et la possibilité de ce refoulement. Mon fait est là pour en donner la démonstration. M. Legouest vient de parler de restauration du maxillaire inférieur, j'avoue que je ne l'ai pas compris.

M. LEGOUEST. Je ne nie point le fait de M. Richet. J'ai seulement voulu dire que, dans un grand nombre de faits de délabrement de la mâchoire inférieure, les chirurgiens n'ont pas reculé devant une restauration dans la crainte de voir se manifester le refoulement de la langue, et malgré l'observation de M. Richet, je n'hésite point à suivre leur exemple, quelle que soit du reste la cause qui a produit ce délabrement.

M. DEBOUT. Dans les tumeurs du maxillaire inférieur, semblables à celles que M. Legouest vient de nous montrer, y a-t-il opportunité de faire la résection de l'os dans toute sa hauteur ? Ne serait-il pas préférable de ne réséquer que la portion alvéolaire et de respecter la base de l'os ? Cette manière d'agir aurait à mes yeux l'immense avantage de ne pas produire une déformation de la face trop considérable.

M. FORGET. Pour répondre à la question posée par M. Debout, je dois dire que déjà, dans mon mémoire, j'avais indiqué la nécessité de recourir seulement à des résections partielles de la mâchoire inférieure dans des cas analogues. Je crois, en effet, qu'ici on aurait pu n'enlever que la portion alvéolaire.

Quant à la rétraction de la langue, Delpech la redoutait beaucoup. Lisfranc était du même avis, et deux fois je l'ai vu prendre de grandes précautions pour l'éviter. En plaçant un fil qui traversait la langue, il rapprochait les fragments, et le refoulement n'avait pas lieu. Quant à la tumeur présentée par M. Legouest, je crois qu'elle est constituée par un kyste alvéolo-dentaire occupant l'espace de trois ou quatre alvéoles et s'étant développé du centre à la périphérie.

J'ai vu des malades affectés de tumeurs fibreuses de la mâchoire inférieure avoir des douleurs horribles. La cause de cette douleur tenait à ce que le nerf était à nu et comprimé par la tumeur. C'est là un bon moyen de diagnostic pour connaître le siége des tumeurs de la mâchoire inférieure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. CHASSAIGNAC. L'enfant que j'ai l'honneur de présenter est âgé de sept à huit ans ; il est hydrocéphale, et a toutes ses fontanelles ossifiées. Il a, en outre, une double exophthalmie par suffusion séreuse des orbites. Autour de la région orbitaire, on voit un tel développement des vaisseaux que l'on croirait au premier abord à l'existence d'une tumeur cancéreuse. Il n'en est rien cependant. La vue est, du reste, bien intacte. La sensibilité de la région est aussi intacte. La projection des yeux hors de l'orbite s'est produite dans l'espace de quelques semaines. Il n'existe pas de ganglion volumineux dans la région cervicale. Je m'explique l'exophthalmie par la pénétration du liquide intra-crânien dans la cavité orbitaire, liquide qui, ne trouvant pas de place dans le crâne à cause de l'ossification des fontanelles et des sutures, reflue dans la cavité de l'orbite. Il n'y a de paralysie nulle part.

DISCUSSION.

M. GUERSANT. En rapprochant ce fait de ceux que j'ai observés, au nombre de quatre ou cinq, je n'expliquerais pas l'exophthalmie par le refoulement du liquide intra-crânien; je n'admettrais même pas l'existence d'une hydrocéphalie. Je crois plus volontiers à des tumeurs végétantes occupant la base du crâne et refoulant les deux yeux en avant. Le développement rapide de ces tumeurs s'expliquerait très-bien dans mon hypothèse. Du reste, si cet enfant vit encore quelque temps, je pense que les yeux seront complétement expulsés hors de l'orbite.

M. MARJOLIN. Chez les hydrocéphales, les yeux ne sont pas saillants; ils sont plutôt caves, enfoncés sous les arcades orbitaires saillantes.

M. CHASSAIGNAC. Le crâne a des dimensions trop considérables pour qu'il n'y ait pas hydrocéphalie. Ainsi, le diamètre occipital frontal, mesuré suivant la courbure du crâne, offre 31 centimètres; la circonférence du crâne, prise au-dessus de l'oreille, est de 57 centimètres; la courbe qui unit les deux extrémités du diamètre bitemporal est de 26 centimètres.

M. GUERSANT. Il peut exister des dimensions semblables sans qu'il y ait hydrocéphalie.

M. MARJOLIN. Les renseignements que je prends me prouvent qu'il n'y a pas hydrocéphalie. Ainsi l'enfant est né avec une tête un peu volumineuse, mais régulièrement conformée; l'intelligence est très-développée, et c'est précisément le contraire que l'on remarque chez les hydrocéphales.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 6 août 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mattéi fait hommage à la Société des trois livraisons qui ont paru de son ouvrage intitulé *Clinique obstétricale.* (Commissaire, M. Depaul.)

COMMUNICATION.

M. DESORMEAUX donne lecture d'un travail envoyé par M. le docteur Raimbert (de Châteaudun), membre correspondant de la Société de chirurgie.

La discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie dans sa séance du 19 mars, à l'occasion d'un emphysème général spontané développé à la suite d'un violent traumatisme, donne à l'observation suivante une importance qui n'échappera à aucun de ses membres. Si toute seule elle ne peut apporter de nouvelles lumières, elle sera, du moins je l'espère, le point de départ de recherches nouvelles sur les altérations que subit le fluide sanguin dans des circonstances analogues ou même dans certains cas de gangrène. On a trop l'habitude de considérer dans ces cas la lésion locale comme toute la maladie, et la mort comme la suite de la réaction de cette lésion sur tout l'organisme ou le système nerveux, et pas assez comme la conséquence de la résorption de fluides altérés.

Coup de feu à poudre sous la mâchoire inférieure. — Inflammation œdémateuse très-étendue autour de la partie contuse. — Symptômes d'empoisonnement. — Mort. — Lésions anatomiques internes ayant la plus grande analogie avec celles produites par le virus charbonneux à la suite de la pustule maligne. — Inoculation des tissus altérés à un lapin. — Insuccès de l'inoculation.

Roger, âgé de dix-neuf ans, chasseur au 5e régiment, entre à l'hôpital le 21 octobre 1861.

Nous recueillons sur les causes de sa blessure les renseignements suivants :

Ce militaire avait commis des fautes graves et déserté. Sur le point d'être mis en prison pour être traduit ultérieurement devant un conseil de guerre, il quitte le quartier de cavalerie avec le projet de se suicider, et emporte un pistolet qu'il dissimule dans son pantalon. Bientôt après il se tire sous la mâchoire un coup de cette arme chargée à poudre seulement; puis il rentre rapportant la balle, qui s'était par hasard échappée du canon sans qu'il s'en aperçût d'abord, est mis de suite en prison, le 14 ou le 15 octobre, et y reste jusqu'au 18.

La veille de ce dernier jour, le médecin avait remarqué que ce militaire avait un peu de gonflement au cou.

Le 18, il croit apercevoir une petite eschare au côté gauche de cette partie, et constate une augmentation de la tuméfaction. Il fait alors sortir ce militaire de prison et l'admet à l'ambulance.

Le 21, il lui trouve de la fièvre et de l'incertitude dans la marche;

la tuméfaction a subi un nouvel accroissement. Le blessé est envoyé à l'hôpital. Il s'y rend porté par ses camarades, mais il peut monter l'escalier soutenu seulement par les bras.

Cet homme, examiné le jour même de son entrée (21), présente au-dessous de la mâchoire inférieure une large surface grisâtre, boursouflée, qui s'étend d'un côté à l'autre, et se prolonge davantage du côté droit, où elle atteint l'angle de la mâchoire. De haut en bas, elle s'étend depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde ou le bord supérieur du larynx. A gauche, près de la ligne médiane et de l'os hyoïde, nous remarquons une surface ronde de la largeur d'une pièce de 1 franc, sur laquelle la peau n'a subi aucune altération. Autour de la surface grisâtre et au-dessous les tissus sont très-tuméfiés, œdémateux, d'une résistance médiocre, et donnent la sensation d'une pâte ferme. La tuméfaction est plus étendue du côté droit que du côté gauche. A droite, elle occupe toute la partie latérale du cou, presque jusqu'à la nuque, et a une teinte d'un rose légèrement violâtre. En bas, elle s'étend sur toute la partie antérieure du thorax jusqu'à sa base; la peau a conservé sa couleur normale; elle est même peut-être plus pâle; sa chaleur est évidemment moindre que celle des parties saines. Elle offre au toucher la même sensation d'état pâteux que les parties situées autour de la lésion sous-maxillaire. L'aspect de toutes ces parties nous rappelle celui du gonflement, souvent très-étendu, qu'on observe autour d'une pustule maligne datant de plusieurs jours.

Le blessé a de la peine à avaler; sa respiration est un peu bruyante, sans paraître notablement gênée. A l'auscultation, nous constatons la pénétration complète de l'air dans les poumons, dont le bruit vésiculaire est un peu dur. Le pouls est peu développé, mou, très-dépressible. Pas de céphalalgie. Le malade a des vertiges et de la peine à se tenir debout, mais il se tient assez facilement et volontiers assis dans son lit. — Eau vineuse, eau de groseilles; cataplasmes couverts de taffetas gommé, bouillon.

Le 22, diminution du gonflement sur toutes les parties œdématiées et principalement sur la poitrine. Le malade dit sa respiration moins gênée; il a des nausées et une sensation de gêne dans la gorge qui le porte à faire des efforts fréquents pour cracher. Il vomit de temps en temps ses boissons, et surtout l'eau vineuse. Il se tient assis ou couché sur le côté droit; le décubitus latéral gauche lui est impossible. Sensation générale de malaise extrême, constipation, douleurs de ventre, et besoin d'aller à la selle sans pouvoir le satisfaire. Il se lève, quoique titubant, et se rend plusieurs fois seul aux latrines. — Eau de groseilles, limonade purgative.

Le 23, le malade a été plusieurs fois à la selle ; l'état du gonflement est à peu près le même, il n'a pas notablement diminué depuis hier. Quelques portions de la surface grisâtre, détachées par les cataplasmes, laissent à nu de petits points rougeâtres. Autour de cette surface, on observe aussi un liséré rouge, comme si elle allait se séparer de la peau saine.

Le pouls est imperceptible ; la peau se refroidit et prend, aux mains et à la face surtout, une légère teinte violâtre. Agitation, anxiété, malaise général extrême, que le malade ne peut définir. — Vin de Bordeaux additionné de 30 gr. de sirop de morphine par verre, à prendre par petites cuillerées ; potion diacodée avec 1 gr. d'extrait de quinquina ; eau de groseilles ; cataplasmes saupoudrés de poudre de quinquina.

Le malade vomit le vin, mais conserve la potion ; il ne veut boire que de l'eau de groseilles. Il a des besoins fréquents d'uriner qu'il ne peut satisfaire ; oppression plus prononcée, dont il accuse ce besoin non satisfait. La percussion de l'hypogastre ne fait pas constater la distension de la vessie par de l'urine.

Le malade ne sait quelle position tenir dans son lit ; il se plaint d'une assez vive douleur à la partie supérieure de la cuisse droite. La peau est plus refroidie, plus violacée ; pas de sueur ; sommeil impossible ; intelligence conservée. Mort à dix heures du soir.

Autopsie le 24, seize heures après la mort. — Toute la partie postérieure du tronc est d'une teinte violacée ; la tache grisâtre, faisant relief sous la mâchoire, a pris une teinte brune par suite de son exposition à l'air. Elle est constituée par l'épiderme boursouflé que le grattage avec un scalpel enlève facilement en mettant à nu le derme, qui a une teinte d'un bleu violâtre.

La peau n'est pas encore mortifiée et transformée en une véritable eschare ; mais ses propriétés vitales ont dû être profondément modifiées et même altérées. Le point large comme une pièce d'un franc qui nous avait paru intact l'est en effet ; il tranche par sa couleur blanche et rosée avec les parties qui l'entourent.

Au-dessous de la peau le tissu cellulaire est infiltré d'un sang noir à demi coagulé. Il laisse échapper une odeur qui, sans être celle de la gangrène, en approche cependant. Cette odeur, assez forte d'abord, s'affaiblit promptement et n'est plus perçue à distance au bout de quelques instants. L'infiltration sanguine s'étend à droite sur toute la partie latérale et postérieure du cou, depuis la partie supérieure du larynx jusqu'à l'apophyse mastoïde. A gauche, elle est beaucoup moins considérable et moins étendue ; elle ne dépasse pas le bord interne du sterno-mastoïdien.

Les vaisseaux veineux du cou, surtout à droite, sont gorgés d'un sang noir fluide qui, étendu en couche très-mince, offre une teinte violâtre.

Les cavités buccale et pharyngienne ne présentent aucune infiltration séreuse appréciable. La moitié droite de la muqueuse de la lèvre inférieure est d'une pâleur extrême, tandis que la gauche est d'un rouge violâtre.

Les deux tiers postérieurs des deux poumons offrent une légère teinte violacée; ils sont congestionnés, mais crépitants et sans aucune infiltration sanguine ou séreuse. La surface des sections pratiquées dans leur épaisseur a la même couleur; elle est sèche, on y voit sourdre des vaisseaux incisés un sang noir et épais.

Les cavités gauches du cœur ne contiennent qu'une petite quantité de sang de même nature; les cavités droites en contiennent davantage, environ une cuillerée à soupe. Les gros vaisseaux veineux sont gorgés de sang. L'aorte est colorée en violet à sa face interne, mais la légère couche de sang qui lui donne cette coloration, enlevée, elle nous apparaît avec sa couleur blanche naturelle.

La surface interne de l'estomac est d'un rose légèrement violâtre. Dans sa moitié droite on y observe deux ou trois taches de la largeur d'une lentille, plus ou moins saillantes et d'une couleur rouge plus ou moins foncée, allant même jusqu'au noir. Elles sont produites par une infiltration sanguine dans l'épaisseur de la muqueuse stomacale. Une des moins foncées a l'apparence d'une véritable vésicule.

La muqueuse ramollie s'enlève facilement et laisse dans le tissu sous-jacent une tache de couleur rouge en rapport avec la quantité de sang infiltrée, mais plus claire que la petite tumeur. Dans le grand cul-de-sac il existe de petites taches moins saillantes, larges comme de petites têtes d'épingles; elles y forment une sorte de pointillé noir.

Les mêmes taches ou pustules se retrouvent dans l'intestin grêle, à partir de la deuxième portion du duodénum. Elles occupent le plus souvent les valvules conniventes, et sont d'autant moins nombreuses et d'autant plus éloignées les unes des autres qu'on les observe plus loin de la partie supérieure de l'intestin; on en rencontre jusqu'auprès du cœcum.

Celles de la partie inférieure sont moins foncées et moins saillantes que celles de la partie supérieure; elles ne constituent plus que de simples taches. Sur tous ces points la muqueuse est ramollie et s'enlève facilement. Le mucus intestinal a une couleur rougeâtre dans le jéjunum et d'un brun verdâtre dans l'iléum.

Tous les ganglions mésentériques sont gorgés d'un sang noir; les

plus volumineux sont ramollis et parfois difficiles à distinguer de caillots sanguins infiltrés dans l'épaisseur du mésentère.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi inférieure de l'abdomen, au-dessus du pubis, est infiltré de sérosité. En décollant cette membrane, on pénètre dans le tissu cellulaire du petit bassin, qu'on trouve rempli de sang noir infiltré et en grande partie coagulé.

La rate a environ 10 centimètres de longueur ; sa coloration est normale : elle est flasque et cède sous la pression en faisant éprouver la sensation de l'étain, sans que son enveloppe se déchire. Le foie paraît sain. Les muscles sont un peu violâtres.

Inoculation. — Le 25, dans la matinée, nous inoculons dans l'aisselle d'un fort lapin un ganglion mésentérique infiltré de sang noir, ainsi qu'un fragment de tissu cellulaire pris à la peau de la région cervicale la plus infiltrée de sang noir. Suture de la plaie d'inoculation sous-cutanée.

Le lendemain, la suture est rompue et la plaie en suppuration. Nous y apercevons le ganglion introduit. L'animal résiste à cette inoculation, dont il paraît à peine souffrir.

Le même lapin ayant été inoculé le 10 novembre avec un petit fragment de pustule maligne, a succombé au bout de trois jours. Nous avons trouvé, dans le point inoculé avec les tissus du militaire, une matière purulente ou puriforme, de consistance caséuse.

Il y a eu évidemment chez ce militaire un empoisonnement à la suite d'une violente contusion ; cet empoisonnement, qu'avant la mort du malade nous comparions à celui causé par le virus de la pustule maligne, en raison du gonflement œdémateux, de la marche, de l'étendue de ce gonflement et des symptômes généraux, a été confirmé par l'autopsie. Si l'on rapproche, en effet, les lésions trouvées chez ce militaire de celles que nous avons décrites dans notre *Traité des maladies charbonneuses*, on trouvera des deux côtés une turgescence sanguine des vaisseaux et des ganglions du mésentère, et dans le tube digestif des petites tumeurs noires hémorrhagiques ; seulement dans le cas d'empoisonnement par le virus charbonneux, ces petites tumeurs sont le plus souvent ulcérées, gangrenées, en forme de cupules à fond jaunâtre ; tandis que dans l'observation qui précède, la muqueuse n'est que ramollie à leur surface. La virulence du principe gangréneux n'est pas non plus la même dans les deux cas : celui de la pustule maligne convenablement inoculé détermine presque constamment la mort ; l'inoculation de celui que nous avons emprunté aux tissus altérés du militaire n'a produit aucun effet.

On pourrait être tenté peut-être d'admettre dans cette circonstance le développement spontané du virus charbonneux sous l'influence d'un

violent traumatisme : telle n'est pas notre manière de voir. Nous pensons qu'il y a entre le principe gangréneux qui, dans notre observation, a succédé à un coup de feu à poudre, et le principe gangréneux de la pustule maligne, toute la différence qui sépare entre eux les diverses sortes de pus ; les pus spécifiques de ceux qui ne sont doués d'aucune propriété particulière, et dont la résorption a cependant de funestes conséquences. Les effets de la résorption des fluides altérés de la gangrène n'ont pas été autant étudiés que ceux de la résorption purulente. Les auteurs que nous avons pu consulter sur les diverses espèces de gangrène se sont bornés à les étudier dans le point de leur manifestation, sans s'occuper des lésions internes qu'elles pouvaient faire naître.

La résorption d'un principe gangréneux non spécifique, et néanmoins délétère, nous paraît pouvoir expliquer et en même temps faire cesser peut-être les dissidences qui existent entre les auteurs qui admettent le développement spontané du virus charbonneux chez l'homme, et ceux qui le nient. En effet, n'a-t-on pas dû bien souvent prendre pour des charbons spontanés des tumeurs gangréneuses dont les fluides étaient résorbés et allaient empoisonner le sang d'abord, puis porter dans les organes internes ou ailleurs des lésions gangréneuses qui déterminaient promptement la mort, sans avoir cependant la spécificité du virus charbonneux ?

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. TRÉLAT. Dans notre précédente séance, j'avais contesté à notre collègue M. Richard la valeur de l'absence ou de la présence des dents normales pour le diagnostic des kystes alvéolo-dentaires. M. Richard ayant persisté dans son opinion, j'apporte la preuve que de mon côté je ne me suis pas trompé.

Mon argumentation s'appuyait principalement sur l'existence bien constatée des dents surnuméraires. Celles-ci se présentent à un premier degré sous l'aspect de ce qu'on a nommé *dents prolifères* ou *masses dentaires*. Le cas cité par M. Oudet (*Dictionnaire en* 30 *vol.*, article DENTS), et rapporté par M. Forget dans son mémoire ; le cas communiqué par M. E. Rousseau à Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (*Histoire des anomalies de l'organisation*, t. Ier, p. 641), appartiennent à cette variété.

Meckel, Otto, Arnold-Etienne et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire citent des exemples de dents absolument surnuméraires. J'ai vu moi-même quatre pièces, dont trois appartiennent à M. Désirabode et une à la Faculté (pièce de MM. Marjolin père et Rullier), où on constate de la façon la plus incontestable la présence de dents surnuméraires.

On compte toutes les dents normales, et de plus des molaires ou des incisives anormales, comme position et comme nombre.

Aussi la plupart des auteurs classiques ont-ils accepté et reproduit des faits aussi bien démontrés. On a même publié des faits cliniques qui ne peuvent avoir d'autre explication ; ainsi on peut lire dans le tome XVI de la 1re série des *Archives* (page 121) le récit d'une triple éruption des deux dernières molaires chez une jeune femme bien constituée d'autre part. Evidemment, il y a là au moins deux dents surnuméraires.

On a remarqué que les dents surnuméraires sont plus fréquentes à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, et que ce sont plus souvent des incisives que des canines ou des molaires. L'explication de ce fait, qui embarrasse les auteurs du *Compendium de chirurgie*, me paraît des plus simples. Les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire et de M. Coste nous en donnent la clef. Ce sont des incisives parce que cette sorte de dents est la plus nombreuse, et ce sont les incisives supérieures parce que l'évolution du maxillaire supérieur est plus tardive que celle du maxillaire inférieur ; c'est la même chose que pour le bec-de-lièvre.

J'étais donc fondé à dire que puisque le nombre des dents n'est pas constant, puisque ce nombre peut subir des augmentations ou des diminutions, on ne pouvait regarder comme un signe diagnostique certain des kystes dentaires ou alvéolo-dentaires l'absence ou la présence d'une ou de plusieurs dents.

Cette argumentation rationnelle n'aurait guère que la valeur d'une probabilité, si d'autres faits ne venaient lui restituer toute sa portée et démontrer péremptoirement que dans les kystes dentaires on peut observer des dents hors nombre et les dents normales, ainsi : fait de Blasius (*Mâch. sup.*, 3e série, t. II, p. 108), et fait de Legouest, qui est très-intéressant ; et hors rang, en même temps que toutes les dents normales sont en place.

De ces faits, l'un est celui que M. Legouest nous a communiqué : le kyste contenait une canine et une petite molaire, et le bord alvéolaire était pourvu de toutes ses dents normales. Un autre cas est rapporté dans les *Archives* (3e série, t. II, p. 108). Une jeune fille de vingt-deux ans avait une tumeur considérable du sinus maxillaire gauche ; elle vint consulter Blasius; qui perfora le sinus au-dessus de la fosse canine par une large ouverture. Une assez grande quantité de liquide s'écoula, et le doigt introduit dans la cavité reconnut à sa partie supérieure un corps lisse et dur encastré dans la paroi orbitaire. Ce corps put être extrait à l'aide d'un mince davier, et fut

reconnu pour être une dent canine. *Cette dent,* dit l'auteur, *était non-seulement anormale, mais encore surnuméraire.*

Il résulte de tout ceci qu'il peut y avoir des dents surnuméraires ; que ces dents surnuméraires peuvent se faire jour à l'extérieur sur le bord alvéolaire ; que ces dents surnuméraires peuvent être renfermées dans des kystes alvéolo-dentaires, dont elles sont sans doute la cause déterminante.

En présence de ces faits, le nombre des dents ne peut plus fournir un signe certain de diagnostic pour les kystes alvéolo-dentaires.

COMMUNICATION.

Refoulement de langue. Tumeurs à myéloplaxes des mâchoires. — M. RICHET. Je tiens à communiquer à la Société un fait relatif au refoulement de la langue, et qui vient de se passer il y a trois jours seulement dans mon service.

Un jeune homme de Laon s'est présenté avec une tumeur siégeant à la partie médiane de l'os maxillairo inférieur. Cette tumeur datait de trois mois , et elle s'était montrée après l'avulsion de quelques dents. Je diagnostiquai une tumeur à myéloplaxes , et je vis bientôt que pour guérir il fallait enlever la partie moyenne de la mâchoire. Le malade fut chloroformé. Pour éviter la rétraction de la langue , j'eus recours au moyen suivant : Je fis une incision convenable sur le bord inférieur de l'os, et je le mis à découvert. Je séparai alors la lèvre inférieure et le menton de la face antérieure de l'os, ce qui me permit de soulever la région mentonnière et la lèvre inférieure jusqu'au niveau de la lèvre supérieure. A droite, je fis la section de l'os entre la deuxième et la première molaire , et à gauche entre la première molaire et la canine. Je fis ensuite la section des muscles qui s'insèrent aux apophyses géni. Le malade était d'abord couché ; mais au moment de cette dernière section je le fis mettre sur son séant , et je ne vis aucune espèce de rétraction de la langue. Les ligatures étaient faites, lorsque je voulus m'assurer si en rapprochant les deux ragments je produirais le refoulement. A l'instant même, ce rapprochement fut suivi d'étouffement. Au contraire , dès que j'abandonnais les os à eux-mêmes , l'étouffement cessait. La démonstration était très-claire. Depuis l'opération , la langue n'a pas de tendance à se rétracter ; elle semble plutôt se porter en avant qu'en arrière. Ce matin même, cinquième jour de l'opération , on peut refaire l'expérience et refouler à volonté la langue, en rapprochant les deux fragments du maxillaire inférieur. J'ai rendu M. Hervez de Chégoin et plusieurs confrères qui suivaient ma visite témoins de cette expérience.

Puisque j'ai parlé de ce malade, l'on voudra bien me permettre de montrer immédiatement la tumeur que je lui ai enlevée. C'est une tumeur à myéloplaxes, comme je l'avais diagnostiqué. Comme le trait de scie à droite avait laissé une surface un peu altérée, j'ai dû faire une seconde section un peu plus loin. Vous pouvez voir une tumeur à enveloppe exclusivement osseuse, contenant dans son intérieur uniquement des myéloplaxes. Quant au nerf dentaire, il n'était pas atteint, et cela se comprend, d'après la situation de la tumeur sur la ligne médiane, empiétant peu sur les parois latérales.

DISCUSSION.

M. LEGOUEST. Personne ne peut révoquer en doute l'existence de la rétraction de la langue chez mon opéré; elle s'est reproduite plusieurs fois.

Quant au refoulement indiqué par M. Richet, je le crois possible; mais pour ma part, je ne l'ai jamais observé. En effet, dans certains cas de tentatives de suicide par coups de feu, cas assez fréquents, où des pistolets ou des fusils sont placés sous la mâchoire inférieure, que fait-on? On commence par enlever les esquilles libres ou adhérentes de la mâchoire inférieure; on rafraîchit les bords de la plaie des téguments, et on les réunit par des points de suture, et cependant on ne voit point de refoulement de la langue.

Pourquoi voit-on ce refoulement dans un cas et ne l'observe-t-on pas dans d'autres? Le refoulement de la langue est un phénomène mécanique; à la suite des coups de feu, la perte de substance faite aux os est assez considérable pour permettre à la langue de rester en place sans être refoulée; à la suite de l'opération de M. Richet, où la perte de substance de l'os a été peu étendue et où les deux extrémités du corps de la mâchoire ont été rapprochées, la langue n'a plus trouvé assez de place pour se loger. Ce sont là sans doute les conditions spéciales qui influent sur le refoulement ou le maintien en place de la langue.

M. FORGET. Je veux faire remarquer qu'au point de vue pratique le fait de M. Richet laisse à désirer.

Il est évident que si on rapproche les deux fragments de la mâchoire, on refoule la langue, et le malade étouffe; mais si on se contente de laisser les fragments en place, je n'ai pas vu qu'il y eût refoulement de la langue. Il me semble dès lors qu'il est nécessaire de distinguer si la pression extérieure intervient ou n'intervient pas. Cliniquement parlant, elle n'est pas en jeu, et dès lors pas de refoulement possible. Si vous pressez et rapprochez les fragments, vous ne faites qu'une expérience curieuse.

M. DOLBEAU. En voyant la pièce de M. Richet, je me demande pourquoi on n'a pas fait une excision de la coque osseuse, suivie d'ablation de la tumeur ou de cautérisations consécutives. Ceci n'est pas une simple vue théorique. En 1855, M. Nélaton pratiqua la résection de toute l'épaisseur de la mâchoire inférieure pour une tumeur à myéloplaxes. Le malade guérit, mais il y eut une déviation telle des dents, que celles de la mâchoire inférieure ne correspondaient plus à celles de la mâchoire supérieure, d'où résultait une grande difficulté dans la mastication.

Plus tard M. Nélaton, se trouvant en présence d'une semblable tumeur, modifia sa manière d'agir; il n'eut plus recours à la résection, il se contenta d'exciser la tumeur et de cautériser le siége de son implantation avec la pâte de Canquoin. Le malade a parfaitement guéri sans avoir une difformité; je crois que l'observation est relatée dans la thèse de M. Eug. Nélaton.

Il y a deux ans, un malade se trouvait dans le service de M. Denonvilliers. Il avait une tumeur de la mâchoire inférieure, pour laquelle on proposait de faire la résection totale du maxillaire inférieur. M. Denonvilliers se contenta de faire une simple excision; le malade guérit.

J'ai moi-même opéré une petite fille pour une tumeur de la ligne médiane du maxillaire inférieur; j'ai fait l'excision avec un gros bistouri, et depuis deux ans la guérison ne s'est point démentie.

J'ai vu à la Société anatomique une tumeur de la mâchoire inférieure enlevée par M. Velpeau il y a une quinzaine de jours; je crois que dans ce cas encore la résection aurait été avantageusement remplacée par l'excision.

Je pense que nous ne connaissons pas encore assez bien les tumeurs à myéloplaxes. Tout ce que nous en savons aujourd'hui nous semble démontrer qu'elles sont assez localisées, et il ne faut se décider à faire de grands sacrifices que si on y est forcé. Guidé par ces principes, je ne fais la résection qu'à la dernière extrémité. Ainsi, il y a deux ans, à l'hôpital Saint-Louis, je fus consulté par un garçon de salle de cet hôpital, qui portait une tumeur à myéloplaxes, ayant la forme d'un gros champignon, et siégeant sur la mâchoire inférieure.

Si on avait voulu tout enlever, il fallait nécessairement lui pratiquer la désarticulation de la mâchoire inférieure. Je me contentai avec un gros scalpel d'enlever tout ce que je pus, et le malade s'en est bien trouvé. En somme, je crois que l'on fait trop souvent et trop facilement la résection de la mâchoire inférieure. Chez la petite fille dont il a été question ici, et que j'ai perdue après l'opération,

j'ai d'abord essayé de l'excision, et ce n'est que lorsque j'ai vu qu'il m'était impossible de tout enlever, que je me suis décidé à faire la résection.

M. RICHET. Je vais d'abord répondre à M. Forget. Effectivement, quand on a fait la résection de la mâchoire inférieure, si on a conservé la peau et les parties molles dans leur intégrité, et s'il n'est pas nécessaire de faire la suture, le refoulement n'a pas lieu. Quand je l'ai produit, ce n'était pour ainsi dire que dans le but d'une curiosité physiologique.

Quant à M. Dolbeau, je lui réponds que ce n'est pas sans y avoir bien réfléchi que je me suis décidé à faire la résection chez mon dernier malade. Pour soutenir sa manière de voir, M. Dolbeau s'appuie sur des extirpations incomplètes, et en particulier sur un opéré qui est dans le service de M. Denonvilliers.

Relativement à ce dernier malade, je dirai que je l'ai visité ce matin même. M. Dolbeau dit qu'il est guéri. Or, rien n'est plus inexact. Loin d'être guéri, ce malade porte encore de nombreuses et larges fistules autour de la mâchoire, et il est soumis tous les quinze jours à des cautérisations.

M. Denonvilliers détruit ainsi avec la pâte de Vienne les bourgeons qui ne cessent de se produire dans le sinus maxillaire. Je ne sais ce qui arrivera à ce malade, mais après l'opération que lui a fait subir M. Dolbeau, je crains bien qu'on ne soit obligé de le soumettre à une résection totale du maxillaire supérieur.

M. Chassaignac m'a cité un fait dans lequel on a été obligé de pratiquer trois opérations. Tout cela n'est pas rassurant, et je dois déclarer hautement que je ne suis pas partisan de la chirurgie économique. Ainsi, sur la pièce que j'ai montrée à la Société, il y avait trois tumeurs disséminées dans l'épaisseur de l'os. Si j'avais fait une simple excision, j'aurais eu certainement une récidive. Dans le cas actuel, si M. Dolbeau avait examiné la pièce, il aurait pu voir que dans ma première section à droite j'avais laissé une partie de la tumeur dans le corps de la mâchoire, et qu'il m'a fallu faire une deuxième section.

Cette partie de tumeur s'enfonçait dans la surface du corps de l'os comme une sorte de cupule. Or, avec une simple excision, comment aurais-je pu tout enlever? C'était tenter l'impossible et s'exposer sans motif à une récidive certaine en ne pratiquant point la résection. En agissant, au contraire, comme je l'ai fait, je prétends que j'ai été plus utile à mon malade; je lui ai évité de pénibles souffrances dans l'avenir. J'ai dit que ce n'est pas sans réflexion que j'ai dû prendre cette décision. En effet, avant d'opérer je me suis éclairé de l'avis de

M. Hervez de Chégoin, qui a bien voulu assister à l'opération. Je lui ai exposé mes raisons, et il a été convaincu comme moi de la nécessité de ce sacrifice. Si j'avais fait une section du bord alvéolaire, il serait resté de la base de l'os une portion tellement mince qu'elle n'aurait eu que deux millimètres. Or, je suis certain qu'un mouvement intempestif, ou bien les phénomènes d'inflammation, auraient suffi pour en produire la fracture. Dans ce cas, quel avantage aurais-je obtenu? Oui, je le déclare hautement, je rejette les opérations incomplètes, et je préfère les opérations radicales.

M. VERNEUIL. Je suis bien aise d'avoir entendu l'argumentation de M. Richet. Comme lui, je suis l'ennemi de la chirurgie parcimonieuse. A ce propos, je relaterai ici une observation très-concluante.

Une jeune fille, très-bien portante du reste, portait à la mâchoire inférieure une tumeur à myéloplaxes. On lui fit une excision et une abrasion. Un moment on crut à la guérison, mais une récidive ne tarda pas à se manifester. Il fallut alors lui enlever une moitié de la mâchoire, et elle succomba aux suites de cette dernière opération.

On est en droit, dès lors, de se demander si on aurait eu un résultat aussi fâcheux en faisant la première fois une résection au lieu d'une opération incomplète.

Je connais un autre fait aussi probant. Dans un hôpital, un interne en pharmacie portait une tumeur de la mâchoire; un chirurgien distingué lui fit une excision; l'excision étant faite, il pratiqua plusieurs cautérisations avec le fer rouge. On croyait avoir tout enlevé ou tout détruit, mais bientôt on vit repousser de nouveaux bourgeons; on les cautérisa encore avec le fer rouge, mais avec le même insuccès, les bourgeons reparaissaient toujours. Depuis, cet interne a quitté Paris avec les marques trop certaines d'une récidive. La pièce de M. Richet présentée dans une de nos précédentes séances est très-probante, et fournit une explication bien évidente de la cause de ces récidives.

On pourrait avec raison comparer les tumeurs à myéloplaxes de la mâchoire inférieure aux cancroïdes des lèvres. Pour prévenir les récidives, il faut dans ces sortes d'affections faire des sacrifices et enlever radicalement le mal dans sa racine. Fidèle à ces principes, j'ai toujours cherché à dépasser les limites du mal. Dernièrement, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai enlevé une petite tumeur à myéloplaxes égale en volume à la moitié d'une cerise. Il semblait qu'il suffisait d'un coup de ciseaux pour en débarrasser le malade, et cependant j'ai procédé autrement pour n'avoir pas de récidive. J'ai sacrifié quatre dents, et j'ai dû réséquer une bonne partie du rebord alvéolaire. J'ai, dans cette circonstance, eu recours à un procédé très-simple qui dispense

de faire usage de la scie ou de la gouge. A la base de la partie malade j'ai pratiqué trois perforations dans le maxillaire inférieur. Puis, avec une pince de Liston, j'ai fait sauter cette partie en réunissant les perforations. Bien m'en a pris d'avoir ainsi sacrifié largement les parties, car j'ai pu m'assurer sur la pièce que le périoste alvéolo-dentaire était malade jusqu'au fond de l'alvéole. Je le demande, dans cette circonstance l'excision simple de la tumeur n'aurait-elle pas été infailliblement suivie de récidive? Je constate, au contraire, qu'après mon opération il n'y en a pas eu.

Quant au malade qui est dans le service de M. Denonvilliers et qui a été présenté comme guéri par M. Dolbeau, je puis assurer qu'il ne l'est point. L'opération qu'on lui a pratiquée a été complétement inutile, parce qu'elle était incomplète, parce qu'on a employé pour lui la chirurgie économique.

M. DOLBEAU. Si ce malade n'est pas guéri, il a du moins éprouvé du soulagement. J'admets que l'on soit obligé de lui faire une autre opération plus tard, mais on peut toujours attendre. J'ai cité deux cas de guérison. Je suis partisan de la chirurgie économique, parce que je me mets à la place des malades, et, si j'avais leur mal, j'essayerais d'abord d'une excision. Si vous êtes conséquents avec vos principes, au lieu de réséquer une partie de l'os, il faut l'enlever tout entier.

M. TRELAT. Il me semble que l'on ne s'entend pas bien; je crois qu'on abuse de l'expression *tumeurs à myéloplaxes*. On ne parle pas des tumeurs fibreuses dans ce débat. M. Dolbeau demande que les tumeurs bénignes de la mâchoire soient ouvertes, excisées avant d'en arriver à la résection; mais cette demande me paraît très-rationnelle; je suivrai toujours cette conduite. MM. Richet et Verneuil répondent qu'ils craignent les récidives. Mais qu'est-ce que ces tumeurs qu'on a enlevées? Il est évident que s'il s'agit d'une tumeur qui a récidivé, il faudra aller plus loin: c'est encore rationnel. La tumeur que nous avons enlevée à une petite fille était fibreuse. Il faut regarder la tumeur avant d'aller plus loin. Faites, au besoin, la ponction exploratrice.

M. FORGET. Je suis de l'avis de M. Trélat. On aura toujours avantage à rechercher la nature de la tumeur avant de l'enlever. Je crois qu'on évitera ainsi des opérations graves. Certains produits enkystés, certains abcès osseux, ne doivent pas être soumis à des résections; l'excision suffit pour les combattre.

Il y a quelques semaines, une jeune dame vint me consulter pour une tumeur de la mâchoire inférieure. Cette tumeur formait une saillie assez considérable dans la cavité buccale, et les deux dents qui lui correspondaient étaient mobiles. Je lui proposai une opéra-

tion ; elle la refusa. Elle attendit encore trois mois, au bout desquels elle revint me voir. La tumeur avait fait des progrès, et je constatai alors une tumeur à myéloplaxes. Au premier abord, j'avais eu l'intention de faire la résection, mais j'y renonçai pour l'excision et l'abrasion suivies de la cautérisation au fer rouge. Jusqu'ici tout s'est bien passé ; mais en présence des faits qui se sont produits dans cette discussion, j'avoue que j'ai quelques craintes pour une récidive.

A propos du manuel opératoire, je dois ajouter que dans ce cas j'ai eu recours à un procédé qui me paraît encore plus expéditif que celui employé par M. Verneuil en pareille circonstance. Je me suis servi d'une pince à mors très-arqués, et saisissant le bord alvéolaire par sa base, j'ai, d'un coup, fait partir les deux alvéoles. J'ai ruginé ensuite la surface de la plaie.

En ce qui concerne le fait de M. Richet, je le regarde comme très-démonstratif, et je déclare hautement que j'aurais agi comme il l'a fait. Il est très-évident que là une abrasion avec excision aurait été insuffisante et suivie de récidive.

En résumé, il faut savoir se guider d'après les circonstances, et le diagnostic n'est pas toujours assez simple pour que l'on puisse avoir une opinion exclusive.

M. RICHET. On disait que la question avait dévié ; c'est très-juste. Au point où en est la question, il ne s'agit plus de savoir s'il faut ou non sacrifier plus ou moins, il s'agit de poser son diagnostic. Je ne crois pas qu'en présence de mon malade, il y ait un seul chirurgien qui se serait contenté de faire ce que propose M. Dolbeau. Je tiens avant tout à établir nettement dans ce débat que je ne fais pas une résection de la mâchoire pour une épulis simple. Je n'ai jamais parlé d'une semblable tumeur dans ma communication ; je ne voudrais pas que l'on me fît dire ce que je n'ai pas dit. Toute la question se réduit à ceci : établir le diagnostic. Sur cette base, il est évident que l'on pourra s'entendre.

M. VERNEUIL. Je reproche à M. Dolbeau d'avoir exagéré son argumentation. Quand les tumeurs de la mâchoire sont petites, nous ne réséquons pas. Et malgré l'assertion de M. Dolbeau, je puis l'assurer que nous traitons nos malades comme nous voudrions qu'on nous traitât nous-mêmes.

Si, après des opérations insuffisantes, nous avons vu des récidives conduire à des opérations graves, nous sommes décidés avec connaissance de cause à faire une opération radicale en premier lieu. Il faut enlever tout ce qui est malade, et pour les tumeurs à myéloplaxes comme pour les cancroïdes, il ne faut pas ménager les pertes de substance si l'on veut éviter des récidives fâcheuses. M. Dolbeau cite

des cas de guérison; mais j'ai montré de mon côté plusieurs faits de récidive qui sont loin d'être favorables à son opinion.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 13 août 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. Foucher. Lors de la communication de fistule vésico-vaginale que j'ai faite au nom de M. Rames, j'ai dit que le moyen employé par M. Rames pour refouler la fistule et la rendre plus accessible était nouveau. Je dois reconnaître que M. Chassaignac, dans une discussion récente, avait déjà parlé de ce moyen, mais sans avoir eu, je crois, l'occasion de l'appliquer aux fistules vésico-vaginales.

M. Rames ne connaissait pas la communication de M. Chassaignac, et en faisant l'application de ce procédé qui lui a été fort utile, il n'a fait que donner plus de valeur aux idées de notre collègue.

Correspondance.

M. le docteur Boeckel, agrégé de chirurgie et chef des travaux anatomiques à la Faculté de Strasbourg, adresse un manuscrit intitulé : *Étude clinique des rétrécissements syphilitiques de la trachée.* (Commissaires, MM. Cullerier, Richard et Guérin.)

— M. le docteur Fleury (de Clermont) adresse une observation de paralysie de la deuxième et de la troisième paire, consécutive à une chute sur la tête. Il sera donné lecture de ce travail dans une prochaine séance.

Discussion a propos du procès-verbal.

M. Dolbeau. Dans la dernière séance, il a été question d'un malade du service de M. Denonvilliers. J'ai visité ce malade ce matin, et je vais communiquer à la Société le résultat de mon observation.

Ce malade, qui sera présenté à la Société par M. Denonvilliers, portait une tumeur du maxillaire droit ayant envahi le sinus correspondant du même nom.

En l'opérant, M. Denonvilliers fit une incision curviligne sur la joue, mit à nu la paroi externe et antérieure du sinus, et put ainsi extraire, cueillir la tumeur. Le bord alvéolaire fut conservé, et après l'opération, les dents qui s'y implantaient étaient vacillantes.

Il y a dix-huit mois que cette opération a été faite. Depuis quinze jours seulement, on a été obligé de faire une cautérisation avec le caustique Filhos.

Voici l'état actuel :

La face est presque normale; la balafre de la joue s'est réunie peu à peu, quoiqu'il n'y eût point de suture. Il y a des dents de ce côté, et elles sont solides ; quelques-unes sont déviées. La voûte palatine, qui après l'opération avait été réduite à la portion membraneuse et était tellement amincie que M. Denonvilliers fut sur le point de l'exciser, est aujourd'hui devenue résistante et a sa forme arquée. Quant au tissu morbide, il existe au niveau de la première molaire sous forme d'une petite tumeur d'un centimètre de diamètre. Du côté opposé, la mâchoire est saine ; la santé générale est excellente. Ce fait démontre donc que la chirurgie économique peut guérir.

M. BROCA. Je ferai remarquer à M. Dolbeau qu'il s'écarte de la question. Il ne s'agit ici que des tumeurs myéloïdes. Or, je ne pense pas que les observations antérieures à la découverte de ces tumeurs puissent servir à éclairer le débat.

Or il y a un fait bien grave, constaté plusieurs fois, c'est que les tumeurs myéloïdes se montrent sous forme de foyers multiples disséminés. C'est là-dessus que doit porter le débat. Quant au degré de fréquence de ces foyers, nous ne le connaissons pas encore d'une manière suffisante.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas entendu changer la manière de faire des autres. Je dis que, pour les tumeurs à myéloplaxes, je connais des cas de guérison. M. Broca, s'appuyant sur l'anatomie pathologique, prouve qu'il existe plusieurs foyers, et que l'on doit dès lors faire une opération radicale.

Quant à moi, de la connaissance de ce fait, j'en tire une conclusion contraire, et je m'oppose à la résection.

M. BROCA. Dans les cas connus de myéloïdes, on a remarqué qu'il y avait une tumeur principale et autour d'elle comme des satellites, des petites tumeurs presque au contact de la première. Cependant, quoique très-voisines, ces petites tumeurs sont souvent séparées par une coque osseuse très-mince. Or, si vous enlevez la tumeur principale, vous laissez encore une partie du mal qui amènera une récidive. On ne connaît qu'un seul fait de M. Nélaton présentant deux tumeurs isolées et complétement indépendantes ; l'une des tumeurs siégeait à la mâchoire inférieure, et l'autre à la mâchoire supérieure. On a vu, au contraire, plusieurs fois une tumeur principale présenter autour d'elle de petites tumeurs groupées. Cette seule considération suffit

pour déterminer le chirurgien à prendre des mesures pour se garantir contre des récidives toujours fâcheuses.

COMMUNICATION.

Luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans. — M. MOREL-LAVALLÉE. Dans une récente discussion, on avait soutenu que cette variété de la luxation en arrière était extrêmement rare, presque sans exemple ; j'avais au contraire cherché à en établir la fréquence. Le hasard a voulu que le premier cas de luxation du coude qui se soit depuis présenté à moi fût précisément un fait de ce genre. J'en ai d'ailleurs retrouvé d'autres dans mes cahiers ; d'après mon observation, cette variété compterait au moins pour un tiers dans les luxations de l'avant-bras en arrière.

Voici ce nouveau fait :

Le 29 juin 1862 est entré dans mon service, à l'hôpital Beaujon, deuxième pavillon, numéro 16, D... (Jean), quarante-deux ans, tailleur de pierres, rue de Lévis, 59. Cet homme, de complexion ordinaire, s'était, à l'âge de dix-huit ans, démis le coude gauche; mais après la réduction, la conformation et les mouvements du membro étaient revenus à l'état naturel. Hier, monté sur un tabouret dont un des pieds se cassa, il tomba sur le coude; aucun bruit particulier n'a été entendu dans le coude au moment de l'accident ; les mouvements furent anéantis immédiatement, il n'y eut pas de perte de connaissance ; la douleur ne se montra qu'une heure et demie après l'accident ; mais il faut noter que, dix minutes après l'accident, un pharmacien avait fait de vaines tentatives de réduction.

Etat actuel. — L'avant-bras est en flexion à angle obtus sur le bras et dans la pronation. Les mouvements volontaires sont impossibles ; les mouvements communiqués sont limités ; la flexion et l'extension font décrire aux doigts un arc de 20 centimètres au plus. La rotation, peu douloureuse, est assez facile et assez étendue.

Déformation. — 1° En arrière, il y a une saillie considérable de l'olécrâne, porté en même temps en haut et en dedans ; en haut, on embrasse avec le pouce et l'index la cavité sigmoïde ; le bord interne de l'olécrâne affleure et déborde même le sommet de l'épitrochlée ; le tendon du triceps est soulevé, écarté de l'humérus ; il n'est pas tendu, on peut glisser le doigt entre le muscle et l'os.

S'agit-il d'une luxation seule du cubitus en arrière et en dedans, ou d'une luxation des deux os dans le même sens ? S'il s'agit de la première hypothèse, nous aurons une augmentation de la distance du cubitus au radius, le ligament interosseux ayant été déchiré dans

sa partie supérieure ; or cette distance est normale : ce n'est point une luxation du cubitus, c'est donc une luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans. En effet, on sent au coude, en arrière, la cupule radiale saillante au point de recevoir l'extrémité du doigt. Immédiatement au-dessous ou plutôt au-devant d'elle, on constate, comme si elle était à nu, la gorge de la poulie humérale ; l'épicondyle est difficile à sentir, cependant on s'assure que le radius en est très-éloigné, de l'épaisseur au moins de la cupule.

Le bord interne de l'avant-bras dépasse de plus de 1 centimètre le sommet de l'épitrochlée. De cette éminence à l'extrémité du petit doigt, on trouve pour longueur de l'avant-bras et de la main 0,39 du côté malade et 0,41 du côté sain; différence, 0,02. Dans la flexion, on entend des craquements entre l'humérus et le cubitus.

2° En avant, le pli du bras est presque complétement effacé à cause du gonflement, ce qui empêche de constater nettement la présence de l'extrémité inférieure de l'humérus, dont on sent pourtant la résistance, qui se prononce surtout en dehors.

Réduction. — J'administre le chloroforme ; puis on pratique l'extension avec une serviette pliée en cravate et nouée sur le poignet ; la contre-extension avec une alèze en cravate, dont le milieu est passé sous l'aisselle du côté malade, et les deux chefs, ramenés l'un en avant, l'autre en arrière, sont fixés à la tête du lit. Au moment des tractions, je fixe d'une main la partie inférieure de l'humérus en dedans, et de l'autre j'attire l'extrémité supérieure de l'avant-bras en dehors. Les deux premières tentatives échouent ; l'avant-bras descendait bien assez, mais son déplacement en dedans, au lieu de s'effacer, s'exagérait.

A la troisième tentative, je redoublai d'efforts pour réduire ce déplacement en dedans, et je réussis. A l'instant la conformation et les mouvements du membre se rétablirent.

DISCUSSION.

M. TRELAT. Si le déplacement est tel que le figure ce dessin schématique, je croirais plutôt à une luxation en dedans ; mais je ne m'arrêterai qu'aux détails fournis par l'observation. Quand je disais que la luxation en dedans et en arrière est rare, je me basais sur les faits connus, qui sont en effet peu nombreux. Il est résulté de la discussion qui a eu lieu précédemment que l'expression de *luxation en arrière et en dedans* n'est pas exactement définie par tous les chirurgiens de la même manière ; il est possible dès lors que MM. Morel-Lavallée et Richet regardent comme luxations en dedans et en arrière celles que M. Malgaigne considère comme étant des luxations en de-

dans. En admettant la manière de voir de M. Morel-Lavallée, je ne vois encore qu'un fait de plus à ajouter à ceux connus; mais je ne crois pas que ce fait puisse démontrer la fréquence des luxations en question.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je crois plutôt que l'on a pris la luxation que je présente pour une luxation en arrière, et la preuve c'est que M. Huguier, mon collègue à l'hôpital Beaujon, en voyant cette forme du coude, a cru au premier abord à une luxation en arrière. Mais, en examinant plus attentivement, M. Huguier n'a pas tardé à se convaincre qu'il observait réellement une luxation en dedans et en arrière. Un prosecteur des hôpitaux dont le nom m'échappe a pu vérifier l'exactitude de mon observation, et il a partagé ma conviction. Si je consulte mes registres, je trouve que les cas de luxations en dedans et en arrière sont pour un tiers dans le nombre total des luxations du coude.

M. GIRALDÈS. Si on avait fait mouler le coude avant la réduction, on n'aurait pas de contestation. Quant au dessin présenté, il offre l'inconvénient d'être purement conventionnel, et si on le fait imprimer on pourra croire qu'il représente la réalité.

M. TRÉLAT. J'aurais désiré que M. Morel-Lavallée nous dît l'âge de son malade, si la réduction a été facile, et depuis combien de temps datait la luxation.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai donné tous les renseignements dans l'observation que je viens de lire. Je suis d'accord avec M. Giraldès; j'aurais voulu avoir le moule, mais j'ai dû, avant tout, me préoccuper de réduire. Quant au diagnostic de cette luxation, il est tellement facile, qu'il suffit de voir pour arriver à la certitude ; c'est net, c'est palpable.

AUTRE COMMUNICATION.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je veux communiquer encore une observation rare de *déviation du pied à la suite de fracture du péroné compliquée de fracture de la malléole interne.* Le pied est relevé en dehors, de sorte que le blessé semble s'appuyer sur l'extrémité du fragment supérieur du tibia. Le malade avait été traité en ville de sa fracture.

LECTURE.

M. LE SECRETAIRE GENERAL donne lecture de l'observation suivante, adressée à la Société par M. le docteur Fleury (de Clermont), membre correspondant de la Société, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Observation de pseudarthrose du bras traitée avec succès par le séton.

J'ai l'honneur de vous adresser l'observation d'un malade affecté

d'une fausse articulation du bras, survenue à la suite d'une fracture de l'humérus qui ne s'est pas consolidée, et que j'ai fait disparaître en introduisant un séton entre les deux fragments.

Je n'ai pas l'intention de discuter la valeur des moyens employés pour combattre cette infirmité, ni d'indiquer les motifs qui m'ont fait pencher pour le séton ; mais je désirerais connaître votre opinion sur un procédé opératoire qui est indiqué dans tous les traités de pathologie externe, en termes tellement succincts cependant, que lorsqu'on arrive à la pratique on ne trouve aucune règle qui puisse servir de guide.

Boyer ne cite aucun fait qui lui soit personnel; il se borne à relater deux observations, l'une de Percy, qui n'a rien de commun avec le procédé actuel, car il l'emploie pour faciliter la sortie des esquilles d'un os fracturé; l'autre de Physic (de Philadelphie). Chez le second malade, la mèche reste en place pendant quatre mois (du 10 décembre au 4 mai), et n'est retirée que lorsque la consolidation commençait à s'effectuer.

Delpech se borne à dire qu'une mèche de séton doit être entretenue pendant un certain temps, sans rien préciser.

M. Nélaton parle aussi d'un temps plus ou moins long, sans entrer dans plus de détails.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique* conseillent d'attendre, pour retirer la mèche du séton, qu'une masse osseuse se soit formée autour du point fracturé.

Samuel Cooper, dans son *Dictionnaire de chirurgie pratique*, dit bien que cette opération a été faite avec succès par Brodie chez un garçon de treize ans; mais il n'entre dans aucun détail qui soit de nature à diriger les praticiens qui n'ont jamais eu recours à ce procédé opératoire.

Si nous consultons les observations qui ont été publiées dans les journaux de médecine, nous voyons que Fanestock (*Gaz. méd.*, 1841) guérit une fausse articulation du cubitus en laissant en place le séton pendant quatre ou cinq mois, tandis que M. Jobert le retire au bout de huit jours, dans la crainte qu'il ne laisse des trajets fistuleux organisés (Académie de médecine, septembre 1840).

Chez le malade qui fait le sujet de mon observation, j'ai retiré la mèche au bout de vingt jours, et je crois que si elle était restée en place plus longtemps, elle eût amené une inflammation du périoste qui se serait terminée par suppuration, et qui eût pu entraîner la nécrose de l'humérus.

C'est un terrassier âgé de trente-cinq ans, né à Thiers (Puy-de-Dôme), qui se fractura le bras gauche au mois de septembre 1861,

dans une chute qu'il fit dans la Franche-Comté, en descendant une montagne couverte de glace.

Il se rendit immédiatement après l'accident à l'hôpital de Salins, où on lui appliqua l'appareil ordinaire (bandage roulé, quatre attelles).

Deux mois après, la fracture n'étant pas consolidée, le malade se rendit à l'hôpital de Besançon, où on plaça un appareil inamovible, qu'il conserva six semaines. Au bout de ce temps, il retourna dans sa famille. Le médecin qu'il fit appeler, trouvant les choses dans le même état, l'engagea à se rendre à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où il fut reçu le 31 janvier de cette année.

Ce qui frappe de prime abord lorsqu'on examine le membre malade, c'est l'angle saillant que forme l'humérus à sa partie moyenne; les deux fragments font une saillie en dehors, et dans ce point existe une mobilité telle, que l'on peut lui imprimer des mouvements dans tous les sens. On perçoit alors une crépitation qui n'a pas la rudesse de celle que font entendre les deux fragments d'un os récemment fracturé, mais qui rappelle un peu celle que l'on entend lorsque l'on imprime à une articulation qui est restée longtemps immobile des mouvements assez étendus. Une fausse articulation est donc formée, on ne peut en douter. Les moyens d'union doivent offrir une assez grande laxité, à en juger par la mobilité des fragments. Ce membre est faible; les mouvements y sont fort limités, très-lents; aussi le malade emprunte-t-il à chaque instant le secours de la main opposée pour lui venir en aide. Il peut cependant porter le bras malade derrière la tête en contractant le triceps brachial et les muscles situés à la partie postérieure de l'épaule.

Cet homme, qui est fort, bien constitué, a toujours joui d'une bonne santé; aucun vice, soit héréditaire, soit acquis, n'a entaché ses antécédents. Un traitement local doit donc suffire; il n'y a aucune autre indication à remplir. Je donne la préférence au séton.

Le 3 février, deux incisions de 3 centimètres de longueur sont pratiquées au niveau de la solution de continuité, l'une en dehors, l'autre en dedans, au niveau de l'insertion du triceps à l'humérus. Pendant qu'un aide exerce une traction un peu forte sur les deux extrémités du membre, je glisse entre les deux fragments, sans beaucoup de difficulté, une mèche en linge. Les tissus fibreux de nouvelle formation n'avaient pas encore acquis la force de résistance qu'ils auraient offerte plus tard. Les plaies sont pansées simplement.

L'opération avait été assez douloureuse; l'inflammation consécutive fut vive, la suppuration abondante les cinq ou six premiers jours; le pus avait une odeur fétide. Nous sommes forcé de maintenir pendant huit à dix jours des cataplasmes émollients, et de com-

battre l'insomnie par des pilules d'extrait gommeux d'opium. Sous l'influence de cette médication, l'inflammation a diminué; mais la suppuration est toujours aussi fétide. (Lotions chlorurées ; pommade camphrée ajoutée au cérat.) — Les lèvres de la plaie sont rouges et gonflées. On ne retire la mèche que tous les deux jours, pour éviter au malade les douleurs que détermineraient des pansements trop fréquemment répétés. Elle est enlevée définitivement le 24. Elle est donc restée en place vingt jours seulement.

Le 13 mars, la mobilité est la même ; la suppuration est toujours très-abondante, le pus s'écoule même assez difficilement. Je suis forcé, le 22, d'agrandir la plaie située au côté externe du bras, et de prolonger l'incision jusqu'au fond du foyer où séjourne le pus.

A dater de ce moment, l'amélioration qui s'est manifestée a été assez sensible ; l'écoulement du pus est moins abondant, et à la fin du mois on sent au niveau de la fracture une espèce d'anneau dur, qui a 2 ou 3 centimètres de hauteur au-dessus et au-dessous de la fausse articulation ; il est évidemment formé par le périoste, qui constitue une espèce de brassard qui emprisonne les deux fragments, dont la mobilité commence à disparaître. Le bras et l'avant-bras sont le siége d'un léger œdème, que l'on combat au moyen d'un bandage roulé.

Le 3 avril, après deux mois de traitement, un bandage inamovible est appliqué ; le bras est solidement fixé. Le malade peut sortir et faire d'assez longues promenades. Mais bientôt il accuse quelques démangeaisons ; une odeur fétide s'exhale des pièces du pansement : nous sommes forcé de l'enlever au bout de dix jours. Du pus séjournait sous la ouate qui entourait la peau, et nous constatons que le bras a perdu de sa force, et que la mobilité, sans être à beaucoup près aussi prononcée que les premiers jours, est cependant plus marquée qu'à l'époque où l'appareil amidonné avait été placé. Un pansement simple lui est substitué ; des attelles en bois très-léger, que l'on enlève chaque jour, maintiennent les fragments en place, sans nous empêcher de surveiller la plaie, dont la suppuration diminue assez vite dès que le pus a un écoulement facile à l'extérieur.

Le 15 mai, nous revenons à l'appareil inamovible, qui reste en place jusqu'au 30 ; mais c'est par un excès de précaution, car le bras avait repris toute sa solidité. Le malade se plaint seulement d'éprouver de la roideur dans les mouvements du coude. — Bains ; liniments savonneux.

Il quitte l'hôpital le 7 juin. Quatre mois ont donc été nécessaires à sa guérison, mais elle est aussi complète que possible. On ne sentait plus cette espèce d'anneau interposé entre les deux fragments ;

le bras avait cependant encore un centimètre de circonférence de plus que celui du côté opposé.

Serait-on parvenu au même résultat en se bornant à mettre en contact la mèche avec la face externe du périoste ?

M. Jobert a lu à l'Institut, dans sa séance du 16 avril 1860, une observation dans laquelle il établit qu'une mèche glissée entre le périoste et les parties molles, sans toucher aux fragments de la fracture, a suffi pour en amener la consolidation.

Si des faits semblables se reproduisaient, ils simplifieraient singulièrement le traitement des pseudarthroses survenues à la suite des fractures non consolidées.

J'ai cru que ces observations offriraient assez d'intérêt pour appeler sur elles l'attention de la Société, et qu'une discussion provoquée dans son sein servirait à élucider une question qui est encore enveloppée d'une certaine obscurité.

Je lui soumettrai donc ces trois questions :

1° Une fausse articulation existant depuis plusieurs mois, survenue après une fracture qui ne s'est pas consolidée, quel est le traitement le plus convenable pour la faire disparaître ?

2° Si on donne la préférence au séton, combien de temps ce corps étranger doit-il rester interposé entre les fragments ?

3° Le séton, mis en contact avec la peau externe du périoste, suffira-t-il pour amener la consolidation de la fracture, sans qu'il soit nécessaire de le placer entre les deux fragments ?

— M. LE SECRETAIRE GENERAL donne lecture d'une autre observation adressée à la Société par M. le docteur Closmadeuc, chirurgien en chef de l'hôpital de Vannes, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Chute sur la tête. — Mort subite deux ans après. — Abcès du cerveau. — Hémorrhagie ventriculaire.

Le 31 octobre dernier, dans la matinée, et pendant l'exercice des recrues sur le champ de manœuvre de Vannes, le nommé Louis P..., âgé de vingt-neuf ans, né à Castillon (Gard), sergent au 74e de ligne, est pris tout à coup d'étourdissement; il remet son fusil à un camarade, chancelle en balbutiant quelques mots, étend les mains comme pour chercher un appui, et tombe foudroyé.

Transporté immédiatement à l'hôpital civil, où nous le trouvons sans connaissance, les membres en résolution complète, la face livide, les lèvres violettes et souillées de salive écumeuse, les pupilles dilatées et immobiles, la respiration inégale et stertoreuse, le pouls plein et lent, *il meurt quelque temps après dans des attaques de convulsions épileptiformes.*

Surpris de cette mort aussi prompte qu'elle était imprévue, nous dûmes, même avant de procéder à l'autopsie et pour arriver à poser un diagnostic tout au moins rationnel, nous enquérir de certains renseignements près de M. le médecin-major du 74e et près des camarades de P... Voici ce que ces renseignements nous apprirent :

Il y a environ deux ans (le régiment était alors en garnison à Avesnes), P... s'avisa de découcher une nuit, et fut obligé, paraît-il, pour rentrer à la caserne, de franchir un passage difficile du rempart. Il fit une chute dans le fossé et tomba la tête la première. Il faut croire que le passage était difficile, puisque dans le même endroit et en exécutant le même saut périlleux, un autre soldat avait été tué sur e coup.

Toujours est-il que P..., qui était en faute, après avoir perdu quelque temps connaissance, se releva et se traîna comme il put jusqu'à la caserne, ne souffla mot de ce qui lui était arrivé, resta à la chambre pendant deux ou trois jours, prétextant une indisposition, et fut bientôt rétabli.

Depuis ce moment notre soldat continua à se bien porter, et rien dans ses allures et surtout dans la manière dont il accomplissait son service, n'était de nature à laisser supposer qu'il fût malade. Bon militaire, d'une santé excellente, actif, rangé, intelligent, de caporal qu'il était il ne tarda pas à être nommé sergent.

Cependant ses camarades, que j'ai interrogés et auxquels il avait conté son aventure, se rappellent parfaitement que de temps à autre P... se plaignait de violentes douleurs de tête, qui le jetaient dans un état de prostration considérable. Ces céphalalgies intermittentes n'étaient survenues que depuis sa chute dans le fossé ; P... en faisait lui-même la remarque, et ses camarades ne doutaient pas que les migraines ne se rattachassent à quelque *dérangement dans la tête*, suivant leur expression. Cela durait chaque fois six heures, douze heures, vingt-quatre heures, deux jours au plus ; un sommeil de plomb dissipait la douleur ; tout rentrait dans l'ordre, et notre sergent reprenait son service comme par le passé. Du reste, aucun trouble apparent dans les fonctions intellectuelles, pas plus que dans les fonctions locomotrices.

Quelques mois seulement avant la mort, M. le médecin-major, le docteur Mauduit, s'aperçut néanmoins d'une altération notable dans les traits de P... La face était pâle, comme plombée, exprimant la souffrance intérieure ; le corps s'amaigrissait. Dans la pensée que cet état général manifesté extérieurement par une altération profonde de nutrition des tissus, pouvait peut-être masquer le début de quelque affection organique, M. le docteur Mauduit examina P... avec soin.

Le résultat de son examen fut négatif. Le cœur, les poumons, les organes digestifs, ne présentaient rien de particulier.

Tous ces renseignements étaient d'une grande importance, et avant l'autopsie nous étions déjà amené à poser un diagnostic. Ce cas n'avait-il pas une ressemblance frappante avec tous ces cas de mort subite survenue longtemps après des blessures à la tête? Nous allions probablement rencontrer quelque lésion grave des centres nerveux, tumeur, ramollissement, abcès, corps étranger, hémorrhagie, etc.

Autopsie. — Voyons maintenant ce que nous a révélé l'ouverture du cadavre, pratiquée par moi vingt-quatre heures après la mort.

Disons tout de suite, pour abréger l'observation, que les viscères thoraciques et abdominaux ont été trouvés sains, tous les désordres étant concentrés dans le crâne.

1° Les téguments du crâne ne présentent aucune trace de blessure antérieure, aucune cicatrice. Il en est de même de la boîte osseuse, qui n'est le siége d'aucune tumeur ni de fracture ancienne. Les veines de la dure-mère sont gorgées d'un sang noir, sans épanchement sanguin ou autre à l'extérieur du cerveau.

La masse encéphalique, enlevée avec précaution, est placée sur une table, sa base reposant sur la surface d'appui. A première vue, l'hémisphère gauche semble notablement augmenté de volume ; ses circonvolutions supérieures bombent davantage que celles de l'hémisphère droit. Si on palpe à l'aide des doigts la surface convexe de l'hémisphère, on perçoit sur-le-champ une sensation de fluctuation prononcée et dans une grande étendue, indice d'un épanchement contenu sous les premières couches de la substance cérébrale.

Le cerveau est divisé à mesure par tranches horizontales jusqu'aux ventricules. Le ventricule latéral gauche apparaît alors considérablement distendu et rempli de sang liquide, rouge, analogue à du sang récemment sorti des vaisseaux.

Le ventricule moyen est également rempli de sang, et en communication par une déchirure avec le ventricule latéral.

2° En même temps la substance cérébrale qui limite en dehors le ventricule latéral est creusée d'une cavité à peu près sphérique, dans laquelle se logerait une noix de moyenne grosseur. Cette cavité est remplie de sang, comme le ventricule, avec lequel elle communique par une ouverture à bords déchiquetés, du calibre d'un tuyau de plume. Un filet d'eau, projeté sur le contenu, entraîne à la fois du sang et une matière jaunâtre semi-liquide. Après ce lavage, la cavité se trouve tapissée par une couche de matière pulpeuse, de couleur jaune verdâtre, qu'il est facile de reconnaître pour du pus concret. Cette bouillie purulente est elle-même séparée de la substance blanche du

cerveau par une sorte de membrane pyogénique grisâtre, dont les lambeaux lacérés sont surtout visibles dans le point où la rupture du oyer a eu lieu, c'est-à-dire à l'ouverture de communication entre lui et le ventricule latéral.

On constate, en outre, par la dissection, que cette cavité, véritable foyer de pus, est creusée aux dépens de la substance cérébrale de l'hémisphère, qui limite en dehors le ventricule. La substance blanche qui forme paroi n'est le siége d'aucun ramollissement, mais légèrement piquetée de rouge.

En résumé, l'autopsie met en évidence :

1° Un abcès siégeant dans l'épaisseur de la substance blanche du cerveau; abcès d'origine ancienne, et qu'en l'absence de toute autre cause, on est porté à rattacher au fait traumatique d'une chute remontant à deux années; abcès qui n'a eu d'autre expression symptomatique pendant la vie que quelques troubles passagers, des céphalalgies intermittentes; et dans les derniers mois, une altération de nutrition qui appela l'attention du médecin.

2° Une hémorrhagie ventriculaire récente, produite probablement lors de la rupture instantanée de la cloison qui séparait l'abcès des chambres cérébrales, cette hémorrhagie ayant donné lieu aux accidents terminaux et à la mort.

L'enseignement qui ressort de cette observation n'est pas nouveau. On ne saurait être trop réservé dans son pronostic, lorsqu'il s'agit de violences extérieures portées sur le crâne, ces accidents pouvant donner lieu à des complications tardives, qui, bien qu'à longue échéance, n'en sont pas moins mortelles. Partant, les *cent jours de bon guet* que recommandent Roger, de Parme, et plus tard Ambroise Paré, ne sont pas toujours suffisants pour mettre à l'abri des conséquences d'une chute sur la tête.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 20 août 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Antagonisme de l'infection purulente et de la syphilis constitutionnelle. — M. Chassaignac. Je veux appeler l'attention de mes collègues sur un fait important : l'antagonisme de l'infection puru-

lente et de la syphilis constitutionnelle. J'ai observé assez souvent des opérations chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle, et je n'ai pas vu que ces opérations fussent suivies d'infection purulente. Ainsi tout récemment un individu était affecté d'une carie des os du pied de nature syphilitique ; il fallut en venir à une amputation, et la guérison n'a pas fait défaut. Dans ces circonstances, je n'ai jamais vu se manifester l'infection purulente. J'ai fait vingt-cinq ou trente opérations chez des syphilitiques. En présence de ces résultats, je me suis demandé s'il n'existerait pas un antagonisme entre la syphilis et l'infection purulente, antagonisme analogue, par exemple, à celui qui a été signalé tout récemment entre la fièvre intermittente et le tubercule. Je n'ai pas prétendu juger définitivement une question aussi complexe ; mais en faisant appel aux lumières de ceux de mes collègues qui ont été à même de pratiquer souvent des opérations chez des syphilitiques, j'ai voulu m'assurer jusqu'à quel point mes observations étaient fondées.

DISCUSSION.

M. DOLBEAU. J'ai observé à l'hôpital Saint-Louis un malade affecté de tumeur blanche du genou, de nature syphilitique, d'après le diagnostic porté par M. Richet. Pour ma part, j'ignore si la tumeur blanche était syphilitique, mais je puis assurer qu'il avait des taches syphilitiques sur tout le corps et qu'il avait suivi toute la série des accidents. Je fus obligé de pratiquer l'amputation de la cuisse chez ce malade, et cependant il mourut d'infection purulente. D'un autre côté, je pense que dans les hôpitaux on fait assez souvent des amputations chez des syphilitiques, et cependant l'infection purulente n'est point rare.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas voulu poser une loi, mais plutôt indiquer un aperçu, une vue, et c'est pour m'éclairer que j'ai soumis mon appréciation à la Société. M. Dolbeau vient de me citer un fait dont je tiendrai compte. Néanmoins, quand M. Dolbeau dit qu'il y a dans les hôpitaux beaucoup de syphilitiques et que l'infection purulente n'y est point rare, il fait un raisonnement qui porte à faux ; je voudrais qu'il me prouvât que ces syphilitiques sont réellement morts d'infection purulente. Quant à moi, des observations assez nombreuses m'ont prouvé qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre l'infection purulente et la syphilis.

M. GUERSANT. Je veux demander à M. Chassaignac s'il a préparé ses malades opérés par un traitement antisyphilitique, ou bien s'il a opéré sur-le-champ.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas dit que tous ces malades offraient des symptômes actuels de la syphilis, et que par conséquent je ne pouvais pas les soumettre à un traitement. Cependant, quelques-uns d'entre eux présentaient des accidents ; ils avaient les pléiades ganglionnaires, des ulcérations. Chez ceux-là encore, forcé d'agir immédiatement, je n'ai pas vu l'infection purulente. Du reste, toutes les fois que je l'ai pu, j'ai fait précéder mon opération par un traitement antisyphilitique.

M. GUERSANT. Toutes les fois que la maladie permettra d'attendre, je pense qu'il faut soumettre les syphilitiques à un traitement avant de les opérer.

M. CHASSAIGNAC. Quant à moi, je suis convaincu que l'on ne guérit point de la syphilis quand elle est vraiment constitutionnelle.

COMMUNICATION.

Inconvénients du perchlorure de fer. — M. LEGOUEST. Dans une discussion récente, j'ai signalé le danger des hémorrhagies à la suite de la dissection des deux lambeaux latéraux qui sont taillés dans le but de combler une perforation palatine, d'après le procédé de M. Baizeau.

J'avais dit aussi que les moyens hémostatiques dans ce cas sont imparfaits et que le perchlorure de fer avait l'inconvénient grave d'amener la gangrène des lambeaux.

Il y a quelque temps, il se présenta au Val-de-Grâce un homme d'Alger, ayant une division complète de la voûte palatine et du voile du palais. Je lui pratiquai la staphyloraphie. Le succès fut incomplet, en ce sens qu'il restait une perforation d'un centimètre et demi environ de diamètre. Il y a peu de jours, j'ai tenté une seconde opération en suivant le procédé de M. Baizeau. Les deux lambeaux latéraux se rapprochaient naturellement, mais il survint une hémorrhagie très-abondante. Je fis la compression comme M. Baizeau l'avait faite avec succès en cas pareil. Je réussis d'abord, mais une heure après l'hémorrhagie revint ; la compression fut impuissante. Après avoir essayé de ce moyen à quatre reprises différentes, un aide eut recours au perchlorure de fer. L'hémorrhagie fut bien arrêtée, mais deux jours après je constatais la gangrène d'un lambeau et celle du second au cinquième jour.

Ainsi voilà un fait qui vient confirmer mon opinion sur les dangers du perchlorure de fer pour arrêter ces hémorrhagies.

En ce qui concerne la suture, j'ajouterai que j'ai employé ici la suture métallique, pour m'assurer de sa valeur. Je n'ai pas trouvé une

grande différence avec la suture végétale : les fils métalliques me paraissent couper tout aussi bien les tissus que les fils de soie. En outre, les fils métalliques glissent plus facilement sur le tube de Galli, ce qui le rend difficile à manier et à fixer.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. M. Legouest vient de signaler un des inconvénients du perchlorure de fer, mais cet agent en a plusieurs autres. L'engouement que l'on a pour lui est tel que souvent on l'emploie avant d'avoir recours à des moyens plus simples, anciennement acceptés et très-efficaces.

Ainsi, la simple apposition d'un fragment de glace tenu avec une pince de Museux est un moyen très-bon pour arrêter ces hémorrhagies. Il agit à la fois par la compression et par le froid. Ce moyen est tellement simple que les malades peuvent eux-mêmes le mettre en usage. Depuis que le perchlorure de fer est connu, je crois qu'on en use trop exclusivement. Il serait donc à désirer que la Société formulât quelques règles pour en indiquer un emploi plus méthodique.

Relativement aux lambeaux, je prie M. Legouest de nous dire s'il s'est servi du procédé de Langenbeck en employant une sorte de grattoir. Cette manière de procéder a l'avantage de donner des lambeaux épais qui comblent plus d'espace, et qui, renfermant des artères, ne se mortifient pas aussi facilement.

M. GOSSELIN. Il y a dans la communication de M. Legouest une petite énigme que je ne puis m'expliquer, en comparant ce que j'ai vu et ce que vient de constater M. Legouest. Sur mon opéré, il y a eu hémorrhagie; un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer a été appliqué, l'hémorrhagie s'arrête; plus tard elle reparaît, j'applique un deuxième tampon imbibé de même. Ces tampons restent en permanence pendant deux ou trois jours, et il n'y a pas eu la plus petite mortification.

Quelque temps après, j'ai pratiqué une autre opération dans les mêmes conditions, et dont la relation se trouve dans le *Compendium de chirurgie*. Ici encore l'hémorrhagie se déclare : j'applique un tampon imbibé de perchlorure de fer à 30 degrés, étendu d'eau par parties égales. J'ai appuyé sur le lambeau avec ce tampon, j'ai même engagé l'opéré à appuyer avec sa langue. Le malade a pu boire, manger avec ce tampon dans la bouche, et le résultat a été bon : il n'y a pas eu de gangrène.

J'ai employé le perchlorure de fer ainsi étendu pour ces deux cas de restauration de la voûte palatine avec un égal succès. Je l'ai em-

ployé aussi pour d'autres hémorrhagies de la cavité buccale après l'arrachement de dents, et jamais je n'ai observé de gangrène. Je suis donc étonné des résultats que nous fait connaître M. Legouest. La différence que nous avons constatée ne serait-elle pas expliquée par la trop grande concentration du liquide employé par lui? Son perchlorure de fer serait-il différent du mien? Serait-il plus acide, plus caustique? Y aurait-il des idiosyncrasies? Ce qui m'étonne encore, c'est que M. Legouest ait vu des eschares se manifester si facilement dans la région buccale, tandis qu'ailleurs le perchlorure étendu de moitié d'eau ne produit pas ce résultat. Quant à moi, en employant cet agent à 10, 12 ou 15 degrés, je n'ai jamais de mortification. Il y a là des conditions qu'il faut étudier.

M. MOREL-LAVALLEE. Il est bien démontré que les fils métalliques irritent moins les tissus que les fils végétaux. Ainsi, une épingle séjourne dans nos tissus avec assez de bénignité et même pendant longtemps, tandis que des fils, des esquilles de bois produisent de suite de l'inflammation. D'après mes observations, je pense que les fils métalliques offrent plus d'innocuité que les fils de soie ou de chanvre. Mais il est une condition importante dont il faut tenir compte quand on veut apprécier la facilité avec laquelle les uns et les autres de ces fils coupent les tissus, c'est le degré de tension des lèvres de la plaie. A conditions égales, les fils métalliques coupent moins vite que les fils de soie.

M. LEGOUEST. Je réponds à M. Chassaignac que je n'ai pas taillé des lambeaux trop minces; j'ai été jusqu'à l'os, et j'ai décollé toute la membrane palatine. Quant à l'usage de la glace, je l'accepterais s'il s'agissait d'une hémorrhagie amygdalienne; mais ici il s'agissait de lambeaux, et je craignais que la réfrigération ne fût dangereuse et n'amenât la mortification. Du reste, je dois ajouter qu'après la compression, avant d'employer le perchlorure de fer, j'avais eu recours à des injections d'eau très-froide, et je n'avais pas réussi.

M. Gosselin a été très-heureux dans ses opérations, et il est disposé à croire que tous le seront comme lui. Mais je ferai remarquer que nous connaissons aujourd'hui quatre faits qui ont eu le même résultat fâcheux. Dans les hôpitaux militaires, le perchlorure de fer n'est pas admis; nous nous servons du persulfate de fer à 30 degrés. J'ai coupé avec moitié d'eau. J'aurais cru dans ma dernière observation, le sel de fer ayant été appliqué sur des tissus cicatriciels, que c'était là la cause de la gangrène; mais j'ai dû renoncer à cette explication, en pensant que c'est là un résultat qui s'est offert dans trois autres circonstances, alors que l'application était faite sur des tissus non cicatriciels.

J'admets la distinction établie par M. Morel-Lavallée ; je reconnais que les corps métalliques sont mieux supportés par nos tissus. Les balles, les épingles, peuvent séjourner dans nos organes. Mais si les fils métalliques sont mieux supportés par les muqueuses, je ne pense pas qu'il en soit de même pour la peau. Les fils métalliques sont plus difficiles à manier, et vous ne pouvez pas toujours juger exactement du degré de constriction qu'ils exercent sur les lèvres de la plaie.

M. RICHET. Je ne voudrais pas que la Société restât sous l'influence de l'opinion soutenue par M. Gosselin, à savoir : que le perchlorure à 30 degrés n'amène pas d'eschares. Il doit y avoir certainement des différences individuelles. Il y a quelque temps qu'une hémorrhagie se déclara chez un homme qui avait subi l'opération de la castration. L'interne fut appelé auprès de lui, et fut obligé d'appliquer un tampon imbibé de perchlorure de fer.

Le lendemain, il y avait une eschare profonde ; plus tard, il se déclara une péritonite qui emporta le malade. Cependant ce même perchlorure de fer avait été employé dans d'autres circonstances sans produire de gangrène. Comme il était ancien et qu'il restait à demeure dans la salle, il est probable qu'il était devenu plus acide ; néanmoins nous l'avons appliqué plus tard sans amener des eschares. Je pense que la précaution indiquée par M. Gosselin est excellente : de diluer le perchlorure à 30 degrés dans une partie égale d'eau. Cette dilution est d'autant meilleure qu'elle suffit pour arrêter toutes les hémorrhagies.

J'avais fait plusieurs opérations d'uranoplastie, mais j'avais eu souvent des mortifications, de sorte que j'avais renoncé à cette opération à cause de ce fâcheux accident.

Depuis que M. Baizeau a fait connaître son procédé, depuis surtout que M. Langenbeck a publié son mémoire dans les *Archives de médecine*, j'ai tenté de nouvelles opérations uranoplastiques. J'ai mis en usage le procédé de Langenbeck chez un homme qui avait une perforation de la voûte palatine. Après avoir formé mes lambeaux avec une incision, je suis arrivé jusqu'au périoste; j'ai eu des lambeaux qui se sont rapprochés facilement; la réunion s'est faite par première intention. Il y a quinze jours que j'ai pratiqué cette opération ; j'espère que j'aurai une reproduction osseuse. Je crois que ce procédé a un grand avenir, parce qu'il donne des lambeaux épais, bien nourris, non exposés à la gangrène. Quant au procédé employé par M. Legouest, je ne sais s'il permet de tailler des lambeaux suffisamment épais.

Quant à mon opéré, je le présenterai à la Société dans quelque temps.

M. DESORMEAUX. En agissant directement sur les tissus, le perchlorure de fer produit des eschares. Si, au contraire, il est appliqué sur une surface saignante, il commence par coaguler le sang, et il est moins irritant.

Tout récemment j'ai fait une opération sur un enfant ; une hémorrhagie est survenue, j'ai appliqué le perchlorure de fer et j'ai eu des eschares. J'ai eu des résultats semblables pour des kystes, des abcès des grandes lèvres, dans lesquels j'avais été obligé de mettre un tampon imbibé de perchlorure de fer. Je pense donc que cet agent produit facilement des eschares.

M. GIRALDÈS. Ce n'est pas la première fois que j'entends dire que le perchlorure de fer est un caustique. Mais pour expliquer ce résultat, il faudrait déterminer si c'est l'agent ou son mauvais emploi qui le produit.

Dans le fait cité par M. Richet, je crois que l'eschare est due à la trop grande quantité de sel employé. En effet, lorsque cet agent s'infiltre dans les mailles des tissus, la mortification peut s'étendre plus ou moins loin. Pour ma part, j'ai employé le perchlorure de fer de toutes les façons, et je n'ai jamais eu d'accidents. Quant au persulfate de fer, je ne crois pas qu'il soit plus puissant que le perchlorure de fer.

M. TRELAT. Il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu, j'ai enlevé une tumeur; une hémorrhagie étant survenue, j'appliquai du perchlorure de fer, et il y eut une eschare de tout le fond de la plaie. Je connais d'autres faits semblables à celui de M. Richet. Je pense dès lors qu'il serait plus prudent de n'employer le perchlorure de fer qu'à 20 ou 15 degrés.

M. LEGOUEST. Le perchlorure et le persulfate de fer sont évidemment des caustiques; je suis étonné que l'on revienne sur cette question. Lors de la campagne de Crimée, j'ai employé le perchlorure, et j'ai eu des eschares ; c'est cela qui m'a permis d'attribuer à cette cause la mortification des lambeaux dans l'uranoplastie.

M. Giraldès pense que le persulfate de fer est moins actif que le perchlorure ; je ne le contredirai point sur ce sujet, cela est possible. Le persulfate de fer a été introduit dans les hôpitaux militaires, c'est qu'il a des propriétés hémostatiques suffisantes. Relativement au procédé de Langenbeck, il est juste de dire que M. Baizeau l'a fait connaître bien avant lui. Il n'y a dans les deux procédés rien d'essentiellement différent. M. Langenbeck taille ses lambeaux, les décolle, les réunit comme l'a indiqué M. Baizeau. Je ne vois de différence que dans les instruments ; or c'est là un fait qui ne peut faire

attribuer à Langenbeck ce qu'en bonne justice on doit rapporter à M. Baizeau.

M. GUERSANT. Au début de l'emploi du perchlorure de fer, j'avais remarqué qu'il produisait facilement des eschares. Depuis j'ai modifié ma pratique : je n'emploie plus ce sel que dilué par une partie égale d'eau, et je n'observe plus de gangrène.

M. RICHET. Je ne veux pas dépouiller M. Baizeau en faveur de Langenbeck. Je crois cependant que Langenbeck a publié son procédé bien avant M. Baizeau. Langenbeck ne prend pas seulement la muqueuse, mais encore le périoste; il fait de l'ostéoplastie. Or c'est là un fait tout à fait caractéristique de son procédé.

M. CHASSAIGNAC. Ce qui différencie les deux procédés, c'est que Langenbeck décolle le périoste et emploie un mode particulier de décollement, il se sert d'un grattoir au lieu d'un bistouri. Quant au pont, il appartient à M. Baizeau.

M. LEGOUEST. Si M. Chassaignac a fait l'uranoplastie, il aura vu qu'il ne faut pas disséquer; que c'est impossible; mais qu'il faut arracher les lambeaux. J'avais d'abord lutté contre cette difficulté, mais il m'a fallu faire construire un instrument spécial, qui m'a été très-utile.

LECTURE.

M. LE SECRETAIRE GENERAL donne lecture d'un mémoire de M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant de la Société, se rapportant à l'étude des chancres phagédéniques.

Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 27 août 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Résection de la tête du fémur chez un jeune homme affecté de coxalgie. Mort. — M. DOLBEAU. Lorsque j'ai pris le service de M. le professeur Denonvilliers, que je remplace momentanément, j'ai trouvé dans les salles un jeune homme de dix-sept ans atteint d'une coxalgie suppurée, ayant des fistules tout autour de la hanche et arrivé à un

degré très-avancé de marasme et d'épuisement. Il souffrait beaucoup, le sommeil était perdu, la diarrhée colliquative l'épuisait chaque jour davantage. Je me demandai si une opération ne pourrait pas amener une amélioration dans un état si grave, et, avant d'agir, je pris l'avis de M. Richet. Sur l'avis favorable émis par lui, je me décidai à opérer. Le malade fut transporté à l'amphithéâtre, et comme il souffrait beaucoup dans les moindres mouvements, je le chloroformai dans le brancard.

Lorsqu'il fut suffisamment anesthésié, je le fis placer sur le lit, et, faisant une incision, je découvris facilement la tête du fémur et je fis la section de l'os au-dessous du grand trochanter. Je pus après cette ablation examiner la cavité cotyloïde, qui, étant dépouillée du cartilage, fut ruginée et cautérisée avec le fer rouge. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais le malade eut une syncope assez inquiétante. Je rapprochai alors les lèvres de la plaie, et la jambe était tellement bien maintenue, que je ne jugeai pas utile de faire l'application d'un appareil. J'alimentai le malade, je lui donnai des cordiaux; mais il ne put réagir, et au septième jour il succomba.

L'autopsie ne nous révéla aucune lésion viscérale. Quant à la partie réséquée, j'ai l'honneur de la montrer à la Société, et l'on pourra voir que la tête était profondément altérée et que la surface de section était à peu près saine, ce qui nous permet de supposer que nous avions détruit tout ce qui était altéré.

Cette opération nous a paru légitime, malgré son issue fâcheuse, et nous sommes convaincu que si désormais on la pratique dans de meilleures conditions, on pourra réussir, et je suis persuadé que je trouverai des imitateurs.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Je crois que la question demande à être posée différemment. En ce qui concerne la hanche, il s'agit actuellement de savoir jusqu'à quelle époque la résection doit être entreprise, ou bien si l'ankylose n'est pas préférable. On a, du reste, parfaitement étudié la question de médecine opératoire, en ce qui regarde les têtes osseuses comme celles de l'humérus ou du fémur. L'absence d'hémorrhagie, la facilité de la manœuvre, l'accès de la cavité glénoïde ou de la cavité cotyloïde, tout cela est bien connu, et nettement indiqué dans le mémoire de Fawkes, qui a paru dans les *Archives* de Langenbeck.

Cependant, il est un point qui est encore débattu, c'est l'époque de la vie au delà de laquelle la résection ne doit pas être pratiquée. On a très-souvent fait la résection du genou, mais les résultats sont très-divers, suivant que l'on opère dans le bas âge ou plus tard, et,

dans cette dernière condition, on n'a guère obtenu que des résultats très-malheureux. Il faut donc désormais tenir un grand compte de l'âge du malade.

Telle opération qui est praticable dans le bas âge, ne l'est plus dans un âge plus avancé. Pour la hanche, il faut faire cette détermination avant de conseiller l'opération. Si pour les résections du genou on décompose les divers cas d'opérations connus par périodes de 5 à 10 ans, on arrive à démontrer d'une manière évidente que de 5 à 10 ans les résultats sont très-satisfaisants, que de 10 à 15 ils sont encore très-favorables, mais qu'à partir de cette époque les chances de mort sont d'autant plus nombreuses que l'on s'en éloigne davantage. Il est dès lors permis de supposer que pour la hanche il en serait de même.

J'ai recueilli dans ce but tous les cas de résection du fémur, et j'en ai réuni 133 groupés en bloc ; ils ont donné 51 morts. Mais en les décomposant, je trouve les résultats suivants :

De 3 à 10 ans	54 opérés	14 morts	1 amputé.	
De 10 à 15	34	14		
De 15 à 20	12	6	1 amputé	1 mort.
De 20 à 25	7	3		
De 25 à 30	6	4	etc., etc.	
	113			

Cela démontre donc que les morts vont en augmentant à partir de 15 ans, et qu'au delà il n'est plus permis d'opérer.

M. Dolbeau a abandonné son malade sans pansement. Je ne saurais approuver cette conduite. Ordinairement on a grand soin d'appliquer une attelle brisée, dans le but d'immobiliser le membre en prenant un point d'appui sur toute la jambe et sur le ventre.

M. CHASSAIGNAC. Lorsque j'ai avancé, il y a quelques années, que dans les résections, au lieu d'incisions multiples ou lambeaux, il suffisait d'incisions simples et uniques, j'ai rencontré une certaine résistance dans les esprits. On me répondait que les incisions multiples étaient nécessaires pour que l'opération fût à l'aise. Aujourd'hui l'on peut voir que dans l'opération faite par M. Dolbeau, il a suffi d'une seule incision pour découvrir la tête fémorale et la cavité cotyloïde et que la manœuvre a été facile dans tous les temps. Je prends acte de cette déclaration, et je ne fais point de doute que peu à peu tout le monde ne se rallie à ma manière de procéder.

Quant au pansement consécutif, je suis de l'avis de M. Giraldès, je crois qu'il ne faut pas abandonner le membre à lui-même. Je veux bien reconnaître qu'ici il n'y a pas eu d'inconvénients à agir autrement, mais en thèse générale, après une résection, il faut se compor-

ter comme si on avait une fracture à traiter. En contenant le membre dans une gouttière ou au moyen d'attelles, je crois que l'on évite une foule d'accidents. Si le sujet est mort dans ce cas, c'est qu'il était épuisé, mais je crois qu'il y avait indication à opérer ; l'avis donné par M. Richet est suffisant pour justifier la conduite tenue.

M. DOLBEAU. Je réponds à M. Giraldès que je n'ai pas prétendu innover. J'ai dit que dans notre pays la résection de la hanche était peu faite ; j'ai voulu seulement rapporter un cas qui m'a paru encourager à la pratique de cette opération. Quant à l'âge, il y a longtemps que l'on sait qu'il est pour beaucoup dans le succès des opérations.

Dans ce cas particulier, j'ai agi sur les instances du malade, et après l'avis de mes collègues. Quant au pansement, j'avais l'intention de l'appliquer ; j'avais même, dans ce but, fait préparer l'attelle coudée ; mais quand j'ai vu un résultat si beau, il m'a paru inutile de tourmenter le malade par cet appareil, que, du reste, j'aurais mis plus tard.

M. GIRALDÈS. M. Dolbeau ne m'a pas compris, ou bien n'a pas voulu me comprendre. Je n'ai pas dit que chez les enfants les opérations réussissent mieux que chez les adultes, cela est trop connu pour que je le dise ici. Ce que j'ai voulu dire, c'est que les résections des membres inférieurs donnent une mortalité plus grande que l'amputation ; j'ai dit que la limite d'âge à laquelle on doit s'arrêter n'a pas été établie, et que c'est là toute la question. Ainsi, quand pour la hanche on vient nous citer 90 cas de résection, quand pour le genou on nous en cite 228, je ne vois pas que l'on dise à quel âge on a fait l'opération. Ainsi faites, ces statistiques ne peuvent rien prouver en faveur de l'opération ou contre elle.

AUTRE COMMUNICATION.

Kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme contenant un liquide semblable à du lait. Maladie improprement nommée galactocèle par Vidal (de Cassis). — M. DEMARQUAY lit sur ce sujet l'observation suivante :

X..., âgé de dix-huit ans, né aux Antilles espagnoles, entra dans mon service, à la Maison municipale de santé, le 24 juillet 1862, pour se faire traiter d'une tumeur du scrotum. Interrogé sur les antécédents de sa famille, ce jeune homme nous apprend que son père est mort après avoir été malade pendant sept ans, et que les médecins qui lui ont donné des soins ont dit qu'il avait succombé à une maladie de poitrine. Sa mère existe et jouit d'une bonne santé. Il a eu trois frères et quatre sœurs. Un de ses frères est mort en bas âge

et il ignore de quelle maladie. Aucun de ses deux frères n'a été atteint d'une affection du scrotum ; lui-même a toujours joui d'une bonne santé, à part quelques maladies qu'il aurait eues pendant son enfance, et sur lesquelles il ne peut donner aucun renseignement.

Il y a trois ans, après avoir eu la fièvre intermittente pendant quinze à vingt jours, il s'aperçut qu'il se développait au-dessus du testicule gauche une tumeur molle. Jamais il n'avait reçu de coup sur le scrotum, jamais il n'avait éprouvé aucune douleur dans cette région.

La tumeur augmenta peu à peu ; plus tard le testicule augmenta aussi de volume. Dans le commencement, la tumeur était surtout apparente lorsqu'il était debout ; lorsqu'il se couchait, elle lui semblait moins grosse, mais toujours un des côtés du scrotum était un peu plus volumineux que l'autre. Pendant deux ans il fit des frictions avec une pommade jaune dont il ignore la composition et des fumigations de café sur le scrotum. Au mois d'avril de l'année 1861, il consulta un médecin qui lui fit faire, pendant une semaine, des onctions avec une pommade noire qui fit enlever l'épiderme ; en même temps le testicule du côté droit se gonfla, et il apparut aussi un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine qui ne disparut qu'au bout de trois mois. Dans cet état, il contracta une blennorrhagie qui dura deux mois, mais qui ne s'est jamais accompagnée d'orchite ; toutefois, il conserva toujours un peu de blennorrhée tous les matins. Vingt jours avant son entrée à la Maison de santé, ce jeune homme a contracté une seconde blennorrhagie, et l'on constate à son entrée, outre la tumeur scrotale, un écoulement par le méat urinaire d'un liquide blanc jaunâtre ; toutefois la verge ne présente aucune tuméfaction ; les lèvres du méat urinaire sont seulement un peu rouges, et le malade n'éprouve aucune douleur en urinant.

En examinant la région scrotale, on trouve que la partie gauche est plus volumineuse que la droite ; on trouve inférieurement une tumeur souple, molle, et qui offre tous les caractères normaux du testicule ; mais au-dessus existe une seconde tumeur plus volumineuse que la première ; elle est molle, très-fluctuante, parfaitement circonscrite, n'envoie aucun prolongement du côté du canal inguinal, n'offre aucun pédicule, et l'on sent au-dessus le cordon dans l'aine. La tumeur est oblongue et séparée du testicule par une partie rétrécie, une sorte de collet, et il est impossible de la refouler vers l'abdomen ni de repousser le liquide vers la partie inférieure du scrotum.

En présence de ces caractères, je pensai qu'il s'agissait d'un kyste du testicule ou de la tête de l'épididyme, et le lendemain je fis une

ponction à la tumeur ; il sortit par la canule un liquide épais, opaque, blanc jaunâtre, et je le remplaçai par une injection iodée, solution de Guibourt. Je regrette de ne pas avoir cherché, avant l'opération, la transparence que je n'aurais probablement pas trouvée. Le malade fut en état de sortir le 6 août.

Les auteurs ont signalé depuis longtemps les variétés de couleur que présente souvent le liquide de l'hydrocèle. A. Cooper et après lui Curling ont dit que ce liquide contient quelquefois une certaine quantité de matière blanchâtre, légère, produit de l'inflammation chronique ; Cooper ajoute qu'il avait souvent rencontré cette coloration dans les hydrocèles d'individus qui avaient vécu dans les Indes occidentales. Suivant le chirurgien anglais, cette matière blanchâtre est constituée par de la lymphe coagulable qui se précipite d'un liquide plus aqueux.

C'est sans doute à cette espèce d'hydrocèle que doivent être rapportées les tumeurs opérées chez le même malade par Vidal (de Cassis)' tumeurs qu'il a désignées sous le nom de *galactocèles*, mot qui me paraît impropre, car on n'y a pas trouvé les globules du lait ; de plus, il est impossible qu'il y ait sécrétion de lait là où il n'y a pas d'organe sécréteur ; enfin, ce mot de galactocèle convient d'autant moins que déjà il est consacré pour désigner une tumeur constituée par l'accumulation du lait dans les vaisseaux galactophores, affection qui a été fort bien décrite par M. le professeur Jobert (de Lamballe) et M. Forget.

M. A. Desprès rapporte dans sa thèse inaugurale (1861) que M. le professeur Velpeau a vu en 1860 un épanchement de liquide blanc bleuâtre dans la tunique vaginale. Le liquide, examiné par M. le professeur Ch. Robin, n'a présenté aucun des caractères du lait ; il était salé, mais ne se coagula point spontanément, et les éléments gras qui furent trouvés n'étaient pas très-différents de ceux qui se rencontrent dans le pus.

Une particularité d'étiologie m'a frappé en rapprochant mon observation de celle qui fut publiée par Vidal : c'est que les deux malades avaient habité pendant plus ou moins de temps les Antilles, le malade de Vidal pendant douze ans, et j'ai rapporté plus haut qu'A. Cooper avait rencontré souvent des hydrocèles dont le liquide était blanc chez les individus qui avaient vécu dans les Indes occidentales ; il est vrai qu'il ajoute avoir vu pareille chose sur des individus qui avaient toujours vécu en Angleterre, et le malade de M. Velpeau a vu se développer sa tumeur pendant qu'il était en France.

Quel était le siége de la tumeur ? Il est probable que c'était un kyste de l'épididyme, quoique l'on n'y ait pas trouvé de spermato-

zoaires. M. Ch. Robin penserait volontiers que chez le malade de M. Velpeau le liquide provenait de la rupture d'un kyste du testicule ou de l'épididyme dans une hydrocèle, quoiqu'il n'ait pas trouvé de spermatozoaires dans le liquide évacué.

Dernièrement j'ai extrait d'une tumeur volumineuse des bourses un liquide blanchâtre ; je l'examinai au microscope, et je découvris des débris de zoospermes.

Je pense que chez le malade dont je viens de rapporter l'observation, il s'agissait d'un de ces grands kystes de l'épididyme, à liquide opaque, sur lesquels M. le professeur Gosselin a appelé l'attention ; toutefois ces kystes contiennent des spermatozoïdes, tandis que l'examen du liquide que j'ai extrait n'a pas permis de les découvrir. Peut-être les frictions irritantes que le malade a faites sur le scrotum à un certain moment ont-elles produit dans le kyste un degré plus ou moins prononcé d'inflammation qui aura modifié la nature du liquide primitivement contenu dans la tumeur.

Voici l'étude chimique du liquide, faite par M. Ch. Leconte, provenant de la tumeur improprement appelée galactocèle, opérée par M. Demarquay :

Les tumeurs de la tunique vaginale, improprement désignées sous le nom de galactocèles, sont très-rares, et nous avons les premiers, M. Grassi et moi, donné un examen chimique du liquide de ces tumeurs.

M. Demarquay ayant eu l'obligeance de me remettre un liquide trouble provenant de la ponction d'une hydrocèle, il me fut facile de reconnaître à première vue un liquide analogue à celui qui nous avait été remis il y a une dizaine d'années par M. Vidal (de Cassis).

Ce liquide peu abondant (environ 50 grammes) présente assez exactement l'aspect d'une émulsion de jaune d'œuf, de teinte un peu terreuse, ou plus exactement des urines chyleuses. Il n'offre aucune odeur; sa réaction est légèrement alcaline.

Au microscope, il est impossible d'y découvrir de spermatozoïdes, mais on voit facilement une multitude de globules graisseux excessivement fins, parmi lesquels on en trouve çà et là de plus volumineux.

Le liquide chauffé à l'ébullition ne se coagule pas; mais si on y ajoute une goutte ou deux d'un acide quelconque, il se produit par la chaleur un abondant coagulum, ce qui pourrait faire croire à l'existence d'une substance albuminoïde analogue à la caséine; mais, ainsi que le prouvent les faits suivants, cette substance est en presque totalité formée par de l'albumine tenue en dissolution par des carbonates et phosphates alcalins.

Lorsqu'en effet on ajoute à une portion de liquide un excès de sulfate de magnésie cristallisé, qui possède la propriété de précipiter à froid la caséine, on obtient par la filtration un liquide limpide, qui coagule abondamment par l'ébullition sans addition d'acide, preuve évidente de l'existence dans notre liquide d'une grande quantité d'albumine.

Le sulfate de magnésie resté sur le filtre fut dissous dans l'eau distillée, et le liquide ayant été porté à l'ébullition pour coaguler l'albumine qu'il pouvait contenir, on obtint par une nouvelle filtration une liqueur limpide qui donnait à l'ébullition, après addition de quelques gouttes d'acide acétique, des flocons assez abondants d'une substance analogue à la caséine.

Une portion de liquide coagulée par une goutte d'acide chlorhydrique a donné un sérum qui n'a fourni aucune réduction avec le liquide cupro-potassique, ce qui indique l'absence complète du sucre.

Vingt grammes de liquide desséché à 100° jusqu'à deux pesées constantes ont donné :

Résidu sec.	1gr,503

Ce résidu a fourni :

Matières grasses fusibles à 38°. . . .	0gr,064

Ce résidu incinéré a donné :

Matières minérales.	0gr,152

Ce qui donne pour la composition de 100 parties de liquide :

Substances albuminoïdes.	6gr,435
Matières grasses fusibles à 38°. . . .	0gr,320
— minérales.	0gr,760
Eau.	92gr,485
Total.	100gr,00

Les matières grasses présentent un point de fusion plus faible que celui de la margarine, et semblent être un mélange de cette substance avec l'oléine, circonstance qui les rapproche de la fusibilité du beurre.

Les substances minérales se composaient d'oxyde de fer, de carbonate et de phosphate de soude, surtout de chlorure de sodium ; il n'existait que des traces de chaux et de sulfates.

Le liquide qui fait le sujet de cette analyse renferme donc des matières grasses, émulsionnées par des substances albuminoïdes ; là s'arrête sa ressemblance avec le lait, car la majeure partie des substan-

ces azotées est formée par de l'albumine ; la matière grasse elle-même s'y trouve en très-faible quantité ; quant au sucre , il y manque complétement; il est vrai que dans le premier liquide que nous avons analysé il existait une petite quantité de sucre; mais dans ce cas, les cendres ne renfermaient pas de phosphates; on voit donc qu'il existe une différence très-grande entre le lait et le liquide des tumeurs désignées jusqu'à ce jour sous le nom de galactocèles; il serait à désirer que les chirurgiens trouvassent pour ces tumeurs un nom plus en rapport avec les faits.

DISCUSSION.

M. BAUCHET. En 1850, à l'hôpital des Cliniques, j'ai observé un kyste semblable à celui de M. Demarquay. Le liquide fut examiné au microscope par M. Galliet, et analysé par M. Regnauld. Nous constatâmes la présence d'une grande quantité de cholestérine, peu de graisse, et une absence complète de spermatozoïdes.

M. DESORMEAUX. Il me semble que M. Demarquay n'a pas dit si le liquide qu'il a retiré renfermait des globules de pus.

M. DEMARQUAY. Il n'y avait pas de globules de pus ; la cholestérine manquait totalement.

M. BROCA. L'apparence laiteuse ne peut être attribuée à la cholestérine; car cette substance, que l'on rencontre assez fréquemment dans les hydrocèles, se présente sous forme de paillettes brillantes, micacées, et cependant le liquide n'en est pas rendu opaque. Je crois dès lors que la graisse est la seule cause de cette teinte de lait offerte par le liquide de certaines hydrocèles.

M. BAUCHET. Quand la cholestérine est en grande quantité, son influence sur la coloration du liquide ne serait-elle pas différente de celle qu'elle possède quand elle est en petite quantité ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Il est bien certain que l'expression de *galactocèle* ne convient pas à ces collections liquides, puisqu'elle s'applique à une autre affection. Je propose donc la dénomination suivante: *kyste galactoïde*.

M. RICHET. Ces sortes de collections sont assez fréquentes. Il y a dix ans, j'en ai rencontré un cas des plus manifestes.

Le fils d'un cultivateur de Magny (Seine-et-Oise) m'avait été adressé avec recommandation. Il portait une tumeur des bourses que j'examinai très-attentivement; je reconnus une hydrocèle, et je ne parvins cependant pas à trouver la transparence. Je fis la ponction, et il sortit un liquide qui était blanc comme du lait. Je le mis dans une fiole ; le lendemain , il y avait un dépôt au fond du vase , tandis

que la surface du liquide était semblable à du petit-lait. Je fis examiner ce liquide par M. Robin, qui constata une grande quantité d'animalcules spermatiques. C'était certainement la présence de ces animalcules qui avait donné cette apparence laiteuse. Je dois dire que malgré cette apparence je fis l'injection iodée, et que les suites en furent très-heureuses. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour.

M. DEMARQUAY. Je prie M. Richet de nous dire s'il a fréquemment observé lui-même des cas semblables à celui que je rapporte.

M. RICHET. C'est la seule fois que j'ai observé un aussi grand nombre d'animalcules. C'est donc le seul fait bien caractérisé que j'aie pu étudier moi-même. Mais j'ai eu l'occasion de voir assez souvent des hydrocèles ou des kystes des bourses offrir des animalcules, quoique en moindre quantité que dans le premier cas dont je viens de parler sommairement.

M. DEMARQUAY. Je ne saurais trop faire la remarque que le liquide observé par M. Lecomte et par moi ne renfermait pas de zoospermes. J'avais déjà vu quatre ou cinq fois du liquide extrait des bourses avec apparence laiteuse, offrant des zoospermes. Ce qui fait que ma dernière observation est curieuse, c'est qu'elle diffère des autres par l'absence d'animalcules, quoiqu'elle leur ressemble par la couleur. Ici, liquide laiteux ; pas de dépôt, pas d'animalcules, aucun des caractères chimiques du lait ; voilà autant de particularités qui méritent de fixer l'attention.

M. RICHET. Le liquide recueilli par M. Demarquay ressemblait, au moment de son extraction, à celui que j'avais moi-même recueilli ; mais, le lendemain, il offrait un dépôt analogue à celui que j'ai observé.

M. DEMARQUAY. Sous tous les rapports mon liquide était semblable à du lait ; mais il ne renfermait pas de zoospermes ni de globules laiteux ; il ne contenait que de la matière grasse, et il ne formait pas de dépôt ; il se raréfiait en bas et se condensait à sa surface.

M. RICHET. J'insiste sur la différence qu'il y a entre mon observation et celle de M. Demarquay. Mon liquide offrait un dépôt blanchâtre, crémeux le lendemain de son extraction ; tandis que celui de M. Demarquay était épais à sa surface et plus séreux en bas.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. BOINET. J'ai l'honneur de consulter la Société pour un cas de gonflement de la face dorsale de la main. Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, un peu lymphatique, n'ayant jamais eu de

syphilis, ordinairement bien portant, qui sans cause connue s'est vu atteint d'une tuméfaction mal circonscrite de la face dorsale de la main. Cette tuméfaction siége au niveau du métacarpien du milieu, accompagnée de chaleur et de rougeur; elle est d'une certaine consistance. On a cru d'abord qu'elle était sous l'influence de la syphilis; mais un traitement antisyphilitique n'a rien produit. Je désire donc savoir : 1° quel est le diagnostic ; 2° quel traitement il convient d'employer actuellement.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. L'examen de ce malade me démontre qu'il est affecté d'une *ostéite fusiforme* occupant soit la superficie, soit l'intérieur de l'os. Cette inflammation peut se terminer par la suppuration, d'où production d'un abcès qui aura des conséquences plus ou moins graves, suivant qu'il siégera à l'intérieur ou à la surface de l'os. Tant qu'il n'y aura pas d'abcès, je conseille l'emploi de pommades fondantes, à l'iodure de potassium, par exemple, et un traitement général tonique. S'il y a abcès plus tard, il faut l'ouvrir. Dans le cas d'abcès sous-périostique, l'ouverture sera facile, mais il n'en sera plus de même si l'abcès se forme dans l'épaisseur de l'os. Il y aura alors à pratiquer une opération beaucoup plus grave.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 3 septembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de la semaine :

Les *Archives générales de médecine*, septembre 1862.

Le *Bulletin de thérapeutique,* 31 août 1862.

Journal de médecine de Bordeaux, août 1862.

Le rapport de M. Depaul sur les vaccinations en France pendant l'année 1862. Rapport présenté au ministre de l'agriculture et du commerce par l'Académie impériale de médecine.

Un mémoire de M. Goffres, médecin principal de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes, intitulé : *Appréciation des appa-*

reils modelés, et documents relatifs à la revendication en faveur de M. Laforgue de la priorité de l'invention de ces appareils, réclamée par M. Merchie.

M. Legouest adresse de la part de M. Desmarres deux brochures intitulées :

1° *De la pupille artificielle et de ses indications,* par M. Galezowski ;

2° *Observations cliniques sur les maladies des yeux,* du même auteur. Première livraison.

— M. Marjolin présente deux exemplaires d'une thèse intitulée : *Étude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin*, par M. Cazin. L'auteur désire être admis à concourir pour le prix Duval.

— M. Giraldès présente au nom de M. Holmes le troisième volume de son *Traité de chirurgie*, comprenant la médecine opératoire, l'anesthésie, la chirurgie plastique, les maladies de l'oreille, du nez, de la bouche, des voies aériennes, des artères, des organes de la locomotion, du système nerveux et de la digestion. (Remercîments à l'auteur.)

— MM. Legouest, Desormeaux, Boinet et Foucher, demandent des congés. (Renvoi à la commission des congés.)

COMMUNICATION.

M. Goffres présente un malade auquel il a fait l'application d'un appareil pour maintenir les fragments d'une fracture multiple du maxillaire supérieur. Il remet en même temps l'observation suivante :

Observation de fractures comminutives des maxillaires supérieurs traitées par un appareil nouveau. — Le nommé C..., soldat au 3e d'artillerie, entré dans mon service le 29 mai 1862, à l'hôpital militaire de Vincennes, était occupé à marquer des chevaux au fer rouge, quand l'un d'eux lui lança un coup de pied en plein visage.

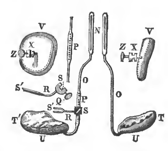
A son arrivée à l'hôpital, je constatai les lésions suivantes :

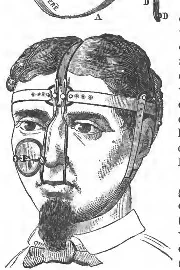
Le maxillaire supérieur droit est atteint de plusieurs fractures ; l'une d'elles, commençant au niveau de la dent canine, s'étend verticalement en haut jusqu'à l'apophyse montante. Cette fracture se continue en arrière jusqu'à l'os palatin, en intéressant dans toute son étendue l'apophyse palatine, qui est brisée en plusieurs fragments. Une autre fracture longitudinale, commençant vers le niveau de la dent canine et finissant vers la deuxième grosse molaire, sépare le bord alvéolaire du reste de l'os, et constitue un fragment qui n'est maintenu que par des lambeaux de la muqueuse gingivale. En avant, toute la portion des deux os maxillaires dans laquelle viennent s'im-

planter les quatre dents incisives est broyée en de nombreux fragments, qui, retenus à peine par les parties molles dilacérées, flottent dans l'intérieur de la bouche et menacent d'être entraînés par les efforts de déglutition.

L'os maxillaire supérieur gauche est, comme l'os maxillaire supérieur droit, fracturé, suivant son bord alvéolaire, jusqu'à la première grosse molaire. Toutes ces portions osseuses sont, avec la muqueuse déchirée, pendantes dans la bouche et excessivement mobiles dans tous les sens; la lèvre inférieure est largement fendue, et les fosses nasales communiquent librement avec la bouche. La face est énormément tuméfiée; il n'existe cependant aucun symptôme de commotion cérébrale.







Pour remédier à de si graves et de si nombreux désordres, j'employai, après avoir réséqué et coupé avec des ciseaux tous les fragments antérieurs qui étaient d'un trop petit volume pour pouvoir en espérer la réunion et dont d'ailleurs toutes les dents étaient détachées, j'employai, dis-je, l'appareil décrit ci-dessous, fabriqué, sur mes indications, par M. Charrière fils.

Deux tiges en acier (O, O, figure 1), présentant en haut une coulisse (N) et en bas une capsule (U, U), viennent, à l'aide de deux vis (I I, fig. 2), prendre leur point d'appui sur une pelote (G) fixée sur le front au moyen de deux arcs

de cercle et de lanières en tissu de caoutchouc (A, B, C, D, E, F, H, K, L, M).

La capsule gauche a tout simplement la forme de l'arcade alvéolaire, tandis que la droite présente un prolongement destiné, en s'adaptant à la voûte palatine, à maintenir les portions mobiles fracturées (U, U, fig. 2); ces deux capsules sont revêtues d'une couche de gutta-percha préalablement ramollie (T, T). A la tige droite vient s'adapter une tigelle bifurquée (P, Q, R, S, S'), afin de pouvoir l'introduire dans la rainure (X) d'une pelote (V), qui, adaptée au reste de l'appareil, permet de refouler d'avant en arrière le maxillaire supérieur à l'aide d'une vis de rappel (fig. 2), ainsi qu'on peut le voir dans la figure 3, qui représente tout l'appareil fixé et adapté aux parties malades.

L'appareil enlevé après deux mois d'un traitement qui n'a offert rien de particulier à noter, si ce n'est la possibilité qu'a eue le malade de triturer des aliments assez solides vingt jours après son application et la nécessité de remonter les tiges à mesure que le gonflement diminuait, a permis de constater une consolidation parfaite de toutes les parties fracturées.

Il ne reste plus aujourd'hui de ces graves lésions qu'une légère difficulté de la parole et une gêne dans la mastication produites par la perte des dents incisives et par le défaut de contact d'une portion de l'arcade alvéolaire supérieure avec l'arcade dentaire inférieure.

M. Préterre, chirurgien-dentiste, doit fabriquer pour ce malade un appareil de prothèse qui remédiera facilement à ces infirmités, qu'on peut certainement appeler peu graves quand on les met en présence des sérieuses et profondes lésions que nous avons eu à traiter.

DISCUSSION.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai essayé d'employer, il y a quelque temps, un appareil semblable à celui présenté par M. Goffres. J'ai même remis à M. Debout un travail à ce sujet, qui doit paraître prochainement dans son journal. Je dois ajouter que dans le cas auquel je fais allusion, la gutta-percha m'a rendu de grands services, et a rendu inutile tout appareil mécanique, que l'extrême mobilité des fragments avait fait échouer.

COMMUNICATION.

Palatoplastie. Réunion très-prompte avec le procédé de Langenbeck. — M. RICHET. La Société se rappelle sans doute que dans une de nos dernières séances j'ai parlé d'un malade auquel j'avais fait

avec succès la palatoplastie. Fidèle à ma promesse, j'ai l'honneur de le présenter à l'examen de la Société pour qu'elle juge du résultat.

Ce jeune homme, âgé d'environ vingt-deux ans, offrait une perforation de la voûte palatine, qui s'était produite avec une rapidité vraiment surprenante. En effet, dans l'espace de soixante-douze heures, il s'était fait un abcès, l'os s'était détaché, et l'issue du fragment avait laissé un espace vide dans lequel on pouvait introduire le doigt indicateur. Cette perforation amenait avec elle les inconvénients connus, tels que passage des aliments et des boissons dans les fosses nasales et impossibilité de parler. Pour articuler les sons, le malade avait l'habitude de porter avec lui du papier mâché qui lui servait à boucher cette perforation, et alors seulement, au moyen de cet artifice, il pouvait parler. Je l'ai soumis au procédé de Langenbeck; j'ai taillé pour cela deux lambeaux latéraux en forme de double pont. J'ai eu soin de faire porter mes incisions externes très-près des arcades dentaires, puis, avec une spatule, j'ai raclé l'os. Pendant cette manœuvre, j'ai rencontré les nombreuses aspérités naturelles à la voûte palatine, je les ai détachées par le raclage, les laissant ainsi dans la face profonde de mes lambeaux. Après le décollement, mes deux lambeaux se rapprochaient spontanément tellement bien, qu'ils se touchaient par leur bord interne. J'ai cependant passé trois fils pour les maintenir en contact.

Le lendemain, la réunion était parfaite, non-seulement par ce bord, mais encore au niveau des arcades dentaires; il semblait que les lambeaux s'étaient étalés pour recouvrir une plus large surface. En vingt-quatre heures donc, il y avait un succès tellement complet, qu'on ne pouvait plus s'apercevoir de la perforation ni des incisions et des surfaces dénudées. Aujourd'hui l'opération date de trois mois; elle s'est très-bien maintenue; le malade parle très-bien, avec la même voix qu'avant son accident; il mange, fume avec la plus grande facilité. Il n'y a pas encore d'os produit dans le périoste transplanté. J'aurai soin de suivre ce malade pour m'assurer de la production ou de la non-production d'os dans cette membrane.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. J'ai vu à Londres un cas tout semblable à celui présenté par M. Richet. Le malade portait un vice de conformation congénital; la perforation était assez grande. Il a été opéré avec un égal succès par M. Paget.

AUTRE COMMUNICATION.

Rétraction cicatricielle des mâchoires. — Opération. — M. MARJOLIN. La Société doit se souvenir que j'ai présenté, il y a quelque temps, une jeune fille qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, fut atteinte d'une gangrène de la joue gauche et eut consécutivement une rétraction considérable des mâchoires, qui la mettait dans l'impossibilité de manger et de parler. Il y avait, en effet, immobilité complète, absolue du côté gauche, tandis qu'à droite il y avait encore quelques mouvements. Lors de ma présentation, je demandai l'avis de la Société sur l'opportunité d'une opération, et les avis furent partagés : les uns voulaient que l'on s'abstînt, les autres que l'on opérât. M. Verneuil, partisan de l'opération, me conseilla d'employer le procédé d'Esmarck. Avant de me décider à ce dernier parti, je tentai de dilater, et j'employai une certaine force pour opérer l'écartement des mâchoires, sachant bien que je m'exposais à fracturer le maxillaire inférieur; mais je ne redoutais pas beaucoup cette complication, puisqu'elle avait servi de point de départ à l'institution de la méthode que je me proposais d'employer plus tard. Cependant ce moyen fut inefficace; je ne pus rien obtenir, et comme la jeune fille maigrissait de plus en plus, je me décidai à l'opérer. En parcourant tous les procédés employés jusqu'ici dans ces sortes de rétractions, il n'est pas possible de dire à l'avance quel est celui qu'il conviendra d'employer dans cette circonstance. M. Verneuil me conseilla de faire une incision parallèle à la mâchoire inférieure et de disséquer ensuite le tissu inodulaire et de sectionner l'os après. Mais cette dissection, qui a pour but de découvrir l'os, est très-difficile, parce que le tissu cicatriciel se déchire très-promptement. Aussi, si j'avais à refaire l'opération, je ne suivrais plus ce procédé; je ferais une section portant sur la fistule, je disséquerais l'os et je le couperais en dehors du tissu cicatriciel qui ne serait pas déchiré. Je me suis servi d'une tenaille incisive pour faire à l'os une perte de substance d'un centimètre environ. Je n'ai pu entamer l'os que dans le tiers de sa hauteur et j'ai été obligé de terminer cette section avec une scie à chaîne. Le résultat immédiat fut de permettre l'ouverture de la bouche, et dès lors la malade parla, mangea et fut très-satisfaite. Plus tard, nous avons extrait quelques dents vicieusement implantées.

Aujourd'hui il existe encore un trajet fistuleux, et des liens se sont établis entre les deux fragments. L'ouverture de la bouche permet un écartement de plus de deux centimètres; la jeune fille se trouve dans

de bonnes conditions, elle a pris de l'embonpoint. Mais il existe un inconvénient, en ce que la salive s'écoule au dehors de la bouche. Je vais maintenant la renvoyer chez elle et attendre, pour voir si la fistule se fermera spontanément ou bien si nous serons obligés d'avoir recours à l'autoplastie.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je prends la parole pour défendre le procédé que j'ai conseillé à M. Marjolin. Je le fais d'autant plus hardiment que déjà ce même procédé a été employé avec succès. Il y a quelque temps, MM. Huguier, Boinet, Naudin et moi, avons été consultés pour une jeune fille qui avait un resserrement très-marqué des mâchoires. Les désordres étaient considérables, les douleurs atroces par suite d'une carie des dents de la première dentition. Cette enfant fut présentée à la Société. Je fis part à mes collègues des résultats fournis par la section de la mâchoire, et M. Huguier accepta cette méthode. Aujourd'hui cette enfant s'alimente bien, elle n'éprouve plus de souffrances. Voici en quoi consista l'opération :

On fit une simple incision sur le bord inférieur du maxillaire; deux sondes cannelées furent introduites en avant et en arrière de l'os, et puis, au moyen d'une pince de Liston, on coupa le corps du maxillaire inférieur. J'ajoute que les téguments étaient moins altérés que chez la malade de M. Marjolin. Nous eûmes soin de faire porter la section en dehors des tissus cicatriciels, et nous évitâmes ainsi les décollements et la dissection laborieuse d'un tissu inodulaire qu'on n'a pas avantage à conserver, puisqu'il ne pourra permettre l'ouverture de la bouche.

M. Marjolin a employé une sorte de procédé mixte; il a touché au tissu cicatriciel, il ne fallait pas le faire. Et puis, il faut le dire, il n'avait pas une pince de Liston; celle qu'il a employée n'était pas suffisamment forte, ce qui a rendu l'opération plus longue; en outre, en passant la scie à chaîne, on a frotté, déchiré le tissu inodulaire. Cette déchirure a produit avec les sutures la mortification de ce tissu, et cela a été en partie la cause de l'insuccès.

L'incision n'a pas été appliquée là où il était convenable de le faire, de sorte que cet échec ne peut être invoqué contre le procédé que je préconise et que je cherche à réhabiliter.

M. MARJOLIN. Les procédés doivent changer suivant les cas. M. Verneuil vient de dire lui-même que mon cas ne ressemblait pas à celui de M. Boinet. Si nous avions fait porter la section de l'os vers la symphyse, nous aurions perdu tous les avantages du procédé. Je crois qu'en employant la pince de Liston, nous aurions pu faire éclater le

tissu inodulaire. Les procédés d'amphithéâtre ne sont pas toujours applicables sur le vivant, parce que la nature des tissus est souvent profondément modifiée par la maladie.

Je me souviens que dans un concours pour le Bureau central, on nous donna la résection de la mâchoire inférieure. Je ne fis qu'une incision sur le bord inférieur de l'os ; je ne fendis pas la lèvre sur la ligne médiane : le résultat fut très-satisfaisant. Mais Lisfranc, un de nos juges, tout en avouant que le résultat était bon, rejeta cette manière de faire, prétendant qu'elle serait inexécutable sur le vivant.

M. VERNEUIL. J'aurais désiré que l'incision ne portât pas au niveau du tissu cicatriciel.

M. DEMARQUAY. Relativement à la résection de la mâchoire inférieure, je crois que c'est M. Velpeau qui a donné le conseil de ne pas intéresser toute la lèvre inférieure. Pour cela, il a fait une incision légèrement courbe sur le bord inférieur de l'os ; il le dénude et le coupe avec la scie à chaîne. J'ai employé tout récemment ce procédé avec le plus grand avantage. On peut ainsi couper toute la partie horizontale et même enlever toute la moitié du maxillaire inférieur. Je ne suis donc pas de l'avis de Lisfranc et de M. Marjolin, et loin de critiquer ce procédé, je lui donne hardiment la préférence sur celui qui consiste à couper la lèvre inférieure dans toute sa hauteur. Ce procédé, que je défends, sera surtout applicable aux cas dans lesquels la résection ne sera pas très-étendue, comme pour une tumeur de moyenne grosseur.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 10 septembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine.

2° Le *Montpellier médical*, numéro de septembre.

3° *De l'uranoplastie*, d'après M. Langenbeck, par M. le docteur Verhaeghe, d'Ostende (Belgique).

4° La *Presse scientifique des deux mondes*, numéro de septembre.

5° *Coup d'œil sur une des formes les plus rares du bec-de-lièvre : les fissures horizontales,* offert par M. Debout.

6° M. Larrey offre à la Société, au nom de M. Georges Buchanan, de Glascow, deux mémoires intitulés :

1° *Surgical cases in private and Hospital practice ;*

2° *Case of traumatic femoral aneurisme.*

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse l'ampliation d'un décret de S. M. l'Empereur, en date du 29 août, par lequel sont approuvées les modifications aux statuts primitifs de la Société de chirurgie de Paris, telles qu'elles ont été rédigées par la Compagnie.

— M. Larrey présente à la Société, au nom de M. Texier, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger, une observation de rage recueillie sur un homme âgé de quarante-quatre ans, et communiquée par la morsure d'un chat. L'autopsie du chat a été faite. La rage s'est développée chez cet homme le trente-sixième jour après la morsure. Mort et autopsie.

COMMUNICATION.

Appareils de prothèse pour les amputés. — M. LARREY présente à la Société divers amputés des membres inférieurs pourvus d'appareils prothétiques, dont l'exécution parfaite lui semble digne de l'intérêt des chirurgiens.

Ces appareils ont été fabriqués par M. Cudey, mécanicien orthopédiste et ancien ouvrier fort habile, mais tout à fait impropre à en faire valoir lui-même le mérite. Il avait obtenu seulement du ministre de la guerre l'autorisation de les montrer au Conseil de santé de l'armée.

Le système ou le principe de ces appareils articulés appartient, comme le fait remarquer d'abord M. Larrey, aux ingénieuses inventions de Mille (d'Aix), de Ferdinand Martin, de Charrière père, de Palmer, etc., pour le membre inférieur, de M. de Beaufort plus particulièrement pour le membre supérieur; et à divers perfectionnements fort bien exposés, en dernier lieu, par notre savant collègue M. Debout.

Mais tels qu'ils sont confectionnés par M. Cudey, ces appareils réalisent complétement tous les avantages de la force et du mouvement, unis à ceux de la légèreté et de la solidité, sans porter sur la surface du moignon, sans en excorier la cicatrice, sans comprimer douloureusement le membre, et sans forcer sa projection en avant, tandis qu'ils accélèrent la marche, rendent la claudication insensible, permettent au pied de s'appuyer entièrement sur le sol et d'assurer

ainsi à l'amputé un point d'appui plus étendu, plus solide, par une répartition plus large du poids du corps.

L'essentiel est que l'appareil soit fait spécialement et sur mesure pour chaque amputé. De là aussi l'inconvénient d'un prix proportionnellement trop élevé pour la classe ouvrière et pour les soldats.

L'appareil pour l'amputation de la cuisse ou le cuissard est façonné en bois ou en cuir cambré, de telle sorte qu'il exclut toute espèce de garnitures si souvent cause d'échauffement ou d'excoriation.

Une jeune femme, amputée de la cuisse à l'âge de treize ans, par notre honorable collègue M. Monod, pourvue aujourd'hui de l'appareil Cudey, nous déclare avoir dû renoncer à divers autres qui la gênaient ou la faisaient souffrir, et se sert constamment de celui-ci avec tant d'aisance, qu'elle marche beaucoup, danse souvent et peut même se reposer, sans s'asseoir, en appuyant son moignon sur le rebord du cuissard.

Un jeune invalide de la marine, amputé de la jambe dans le lieu d'élection, par M. J. Roux (de Toulon), et muni d'un pilon articulé, fléchit ou étend le membre si facilement, qu'il se met à genoux et se relève instantanément, avec la précision d'un temps d'exercice.

Un ancien militaire de haute taille et fortement constitué, amputé en 1849 par M. Josse (d'Amiens), dans l'articulation tibio-tarsienne, après avoir éprouvé une série d'accidents graves à la suite d'une blessure au pied, a vainement essayé divers appareils auxquels il a dû renoncer, pour adopter exclusivement celui de M. Cudey.

Il serait superflu, ajoute M. Larrey, de joindre d'autres faits à ceux-là en faveur de cet appareil de prothèse.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. MARJOLIN. Je viens réparer quelques omissions que j'ai faites dans l'histoire de la petite fille dont j'ai entretenu la Société dans la dernière séance.

Le lendemain de l'opération, cette fille eut la rougeole, ce qui ne contribua pas peu à amener le gonflement et la gangrène des lèvres de la plaie faite à la face. De plus, le vingtième jour, les bouts des fragments se sont nécrosés, de telle sorte que nous avions le bénéfice de la perte de substance que quelques chirurgiens ont conseillé dans l'espoir d'établir plus sûrement une fausse articulation. Après l'opération, on pouvait facilement introduire deux doigts dans l'ouverture buccale. Pendant quelque temps cet état s'est maintenu ; mais au fur et à mesure que le tissu cicatriciel se formait, l'ouverture diminuait, et aujourd'hui, au lieu de 2 centimètres d'écartement, nous n'en avons plus qu'un. Vous pouvez voir sur cette fille que j'ai amenée ici

qu'il existe des mouvements de latéralité assez grands dans la nouvelle articulation. M. Verneuil aurait désiré faire porter l'incision en avant du tissu cicatriciel, mais alors nous aurions été trop près de la symphyse et nous n'aurions pas retiré un grand avantage de notre opération.

M. VERNEUIL. J'ai observé quelques mouvements dans l'articulation temporo-maxillaire ; mais ces mouvements, quoique moins prononcés, existaient avant l'opération. Néanmoins, il faut reconnaître que les principaux mouvements sont aujourd'hui dans la nouvelle articulation. Je voulais que l'on fît la section de l'os en avant du tissu cicatriciel, parce que ce tissu forme une sorte de gaîne inextensible, fibreuse, qui bride les mouvements de la nouvelle articulation. Du reste, dans les conditions actuelles, cette enfant ne souffre plus, parle, mange, et si ces résultats se démentent, il sera toujours facile de faire la section du tissu cicatriciel avec un ténotome. Tel qu'il est, ce résultat est très-satisfaisant, et légitime parfaitement le choix de la méthode. C'est la deuxième opération faite en France, et il faut que désormais elle entre dans la pratique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. LARREY met sous les yeux des membres de la Société le moule en plâtre d'une tumeur kéloïde, ayant à peu près le volume du poing, qui lui a été envoyée par M. Thomas Longmore (de Chatham). Cette tumeur siégeait à l'épaule gauche, et était survenue sous l'influence d'une cause heureusement inconnue en France. Elle était portée, en effet, par un soldat de l'armée anglaise qui, pour une peine disciplinaire, avait subi un assez grand nombre de coups de fouet qui avaient provoqué l'excoriation de la peau et déterminé ensuite dans le tissu cicatriciel la formation de cette tumeur.

DISCUSSION.

M. TRÉLAT. Il y a dans le service de M. Richet, à l'hôpital Saint-Louis, un malade qui porte une kéloïde opérée plusieurs fois et récidivée. Ce malade offre cela de remarquable que, chaque fois qu'il se gratte, il y a production de petites kéloïdes sur les égratignures. Je me demande si les coups de fouet n'ont pas agi de la même manière que les égratignures chez le malade de Saint-Louis.

M. BLOT. Il faut y regarder de bien près avant d'admettre avec M. Trélat que des kéloïdes peuvent se former sans tissu cicatriciel. Je profiterai de cette circonstance pour dire que l'on doit être très-réservé avant de se décider à altérer la peau soit au moyen des ven-

touses, soit au moyen des vésicatoires ou des saignées. J'ai en ce moment, à la Clinique, une série de femmes ayant des kéloïdes sur des égratignures, des cicatrices résultant d'emplâtres stibiés ou de ventouses scarifiées. Je crois qu'il faut réfléchir avant d'employer ces agents thérapeutiques.

M. CHASSAIGNAC. J'ai observé tout récemment une femme qui avait le corps couvert de kéloïdes survenues sur des cicatrices de ventouses scarifiées avec le bistouri. Chacune des sections était marquée par une kéloïde de la largeur du doigt. Néanmoins je pense que la rareté relative de ces faits ne doit pas empêcher d'avoir recours à ces applications thérapeutiques qui attaquent la peau. En agissant autrement, on sacrifierait l'utilité à une éventualité très-rare.

M. TRELAT. Je réponds à M. Blot que les petites kéloïdes se sont produites sous les yeux des observateurs et suivant le mode que j'ai indiqué. Le malade peut en faire paraître à son gré. Il y a là évidemment une prédisposition qui s'expliquerait par la présence d'une kéloïde ancienne qui a récidivé, et qui, d'abord locale, a fini par devenir générale.

M. LARREY. Je suis de l'avis de M. Chassaignac. Il serait fâcheux que l'on s'abstînt d'employer des agents précieux, indispensables pour la thérapeutique, en présence d'une éventualité si problématique. On sait combien mon père employait fréquemment les ventouses scarifiées, et jamais il n'a observé la moindre altération des cicatrices.

M. VELPEAU. Dans la crainte que ces quelques faits isolés ne fassent une mauvaise impression, je dois déclarer que très-souvent j'ai recours aux ventouses scarifiées avec le bistouri, et que jamais je n'ai observé de kéloïdes qui en fussent la suite. D'un autre côté, j'ai fréquemment observé des kéloïdes, et jamais je n'ai pu découvrir que les ventouses scarifiées les eussent produites. Je ne veux pas que l'on mette sur leur compte les accidents dont on vient de parler.

M. BLOT. Je suis de l'avis de mes collègues, et comme eux j'emploie les ventouses scarifiées, les ventouses, les vésicatoires, mais je crois que quelquefois on peut avantageusement remplacer ces moyens par des sinapismes, et qu'en présence de ces accidents possibles il ne faut pas abuser de tous ces moyens, qui altèrent la peau.

COMMUNICATION.

M. le docteur FAUVEL présente un malade sur lequel il fait voir aux membres de la Société un polype du larynx, et lit en même temps le travail suivant sur cette question :

Messieurs, voici le troisième exemple de polype du larynx que je rencontre sur le vivant depuis le mois de mai.

Le premier, sur une malade du service de M. Béhier : c'était une femme de trente-cinq ans, atteinte en outre d'un cancer du rectum très-avancé, ce qui m'a détourné de l'idée d'opérer le polype du larynx, ne voulant pas compromettre inutilement une opération nouvelle.

Cette femme est morte deux mois après, et l'autopsie a prouvé que le laryngoscope nous avait bien montré le siége, la forme du polype laryngien. M. Follin a fait dessiner la pièce pour son ouvrage de pathologie.

Le second cas est relatif à une jeune femme que m'a envoyée M. le docteur Millard; mais chez cette malade la muqueuse laryngée est tellement susceptible que le moindre attouchement amène de violentes contractions du tube aérien.

Aujourd'hui, au contraire, j'ai l'honneur de vous présenter un malade dont la glotte, fort docile, supporte très-bien le contact des instruments, et je viens vous demander avis et conseil sur l'opportunité d'une opération qui n'a pas encore été tentée en France, et qui ne l'a été qu'une fois à l'étranger par M. le professeur Victor de Bruns, à Tubingue, sur son frère Théodore de Bruns, conservateur de la bibliothèque royale à Berlin.

Il s'agissait d'un polype implanté un peu au-dessous de la corde vocale gauche, qui menaçait d'étouffer le malade pendant les efforts d'expiration. Quand M. Théodore Bruns faisait, au contraire, une grande inspiration, le laryngoscope montrait que le polype retombait par son poids contre les cerceaux de la trachée en avant. Ce polype, en forme de massue, avait 14 millimètres de longueur et 6 ou 7 millimètres d'épaisseur à sa partie la plus renflée.

A la lumière artificielle, il était d'un rouge jaunâtre pâle, et à la lumière solaire il paraissait blanc, avec des raies et des taches rougeâtres ou rouge-bleuâtre transparentes.

Le malade était complétement aphone; il ressentit pour la première fois de la toux, de l'enrouement, en octobre 1858; pas de sensation de corps étranger dans le larynx. La toux disparut, l'enrouement persista et augmenta jusqu'à l'aphonie.

Ce ne fut qu'en septembre 1859 que le malade ressentit une douleur et une gêne dans le larynx ; il disait avoir des glaires dans la glotte.

En janvier 1860, le docteur Lervin, de Berlin, examina le larynx au laryngoscope, et ne découvrit pas la tumeur; ce ne fut qu'en mars

1860 qu'il soupçonna la présence du polype. Enfin, en mars 1861, le polype fut bien vu sous toutes ses faces.

M. le docteur de Bruns développe longuement et judicieusement dans une monographie très-remarquable les raisons qui l'ont décidé à opérer son frère par la voie naturelle, par la bouche, et non par la voie artificielle, par la laryngotomie, que le professeur Ehrmann, de Strasbourg, avait si heureusement tentée en 1844 sur une jeune femme atteinte d'un polype laryngé. Tout le monde connaît cette belle observation, où l'opération réussit de tous points.

M. le docteur de Bruns fut aussi récompensé de sa tentative; il débarrassa son frère et de son polype et de son enrouement, mais par une ablation directe, sans ouverture sanglante des voies aérifères.

M. le professeur Czermak écrivait en 1859 que dans le cas de polype du larynx il ferait d'abord la laryngotomie, puis introduirait les instruments propres à déchirer le polype par une fenêtre pratiquée sur la convexité de la canule placée dans la trachée.

Mais aujourd'hui il tenterait l'ablation par la bouche; c'est du moins ce qu'il me disait il y a quelques jours à son retour de Londres, où il avait trouvé quatre cas de polype du larynx.

Voici en deux mots l'histoire du malade que j'ai l'honneur de vous présenter; il m'a été adressé par M. le docteur Desormeaux, qui l'a examiné au laryngoscope au commencement du mois d'août, et l'a cautérisé deux ou trois fois avec le crayon de nitrate d'argent.

Ce malade, M. F..., ouvrier en parapluies, âgé de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, est atteint depuis 1854 d'une raucité de la voix, d'un enrouement chronique, qui dégénère souvent vers le soir en une aphonie complète. C'est à la suite d'un refroidissement subit, d'une sueur rentrée, selon son expression, que la voix a commencé à perdre son timbre normal.

Il fut pris d'une toux qui dura pendant un mois environ. Après la disparition de la toux, la voix resta voilée et alla toujours en s'obscurcissant jusqu'en 1856, époque à laquelle le malade fut en proie à des oppressions subites, au point de s'arrêter dans la rue et de tomber comme un homme ivre. J'étais, dit-il, suffoqué; je croyais que j'allais mourir asphyxié.

Peu à peu ces accidents se calmèrent, au point qu'en 1859 la respiration redevint complétement libre. Depuis deux ans surtout, il respire bien. Il n'a jamais ressenti de douleurs dans le larynx, ni la moindre sensation de corps étranger; quand il suffoquait, le siége de la douleur de l'oppression répondait à la région épigastrique et non à la région sous-hyoïdienne. A cette époque, de 1856 à 1859, il

maigrit beaucoup, rendit quelques crachats sanguinolents, mais l'on ne constata aucun symptôme fonctionnel ou physique de phthisie.

Il fut soumis à l'usage de l'huile de foie de morue et du quinquina.

Le malade, interrogé sur ses antécédents, raconte qu'il a eu trois blennorrhagies et une orchite double, mais pas d'accidents vénériens primitifs ou éloignés.

Aujourd'hui il ne se plaint que de la fatigue apportée à l'exercice de la parole par ce besoin de toujours tousser pour se débarrasser d'une sorte de crachat, de glaire, qui lui semble obstruer sa glotte par intervalles. La voix est sourde, profonde, rauque, comme dans une laryngite aiguë et intense, et le soir elle s'éteint tout à fait; quelquefois aussi le malade ne parle qu'en chuchotant.

Si vous examinez le larynx à l'aide du laryngoscope, voici ce que vous trouverez :

Examen laryngoscopique. — A la partie gauche et antérieure de la glotte, au-dessus de la corde vocale gauche inférieure, et retombant sur elle, on voit un polype en forme de massue, gros comme un pois, paraissant s'insérer à la base de l'épiglotte, presque à sa partie médiane, au-dessous du tubercule de Czermak.

Ce polype, d'une couleur rouge, mamelonné, ressemble par ses caractères extérieurs aux polypes charnus sarcomateux des fosses nasales.

Il est très-mobile, quoique son pédicule soit très-court; il paraît sortir du ventricule gauche du larynx et y rentrer assez facilement dans certains sons poussés par le malade.

Si l'on examine attentivement la glotte, au moment où elle est complétement fermée par l'occlusion des cordes vocales supérieures, et si l'on suit leur mouvement de retrait pendant l'inspiration, on voit apparaître peu à peu la surface rouge du polype, qui était recouverte par la corde vocale supérieure gauche comme par un voile, puis le polype éprouve un soubresaut et vient tomber entre les cordes vocales inférieures, dans leur moitié antérieure.

Pendant l'expiration, alors que les cordes vocales inférieures se rapprochent, le polype remonte par un mouvement de bascule dans le ventricule gauche, et disparaît caché sous la corde vocale supérieure gauche.

Ces mouvements sont faciles à constater. On touche très-bien ce polype avec les mors d'une pince recourbée, dont je soumets l'utilité à votre appréciation; elle a été faite exprès par M. Mathieu, d'après mes indications; en voici une autre faite par M. Charrière.

Je crois qu'il est inutile ici de pratiquer la laryngotomie pour en-

lever la tumeur laryngée, et que la belle et heureuse tentative du professeur Bruns doit être imitée aujourd'hui.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je veux demander un simple renseignement à M. Fauvel. Je désirerais savoir s'il a expérimenté ses instruments sur le cadavre et s'il s'est assuré qu'ils sont suffisants pour atteindre et détruire un polype situé dans le larynx. M. Bruns, ayant à faire une opération sur son frère atteint d'une sorte d'hypertrophie de la muqueuse laryngienne, a consacré une douzaine de pages de son Mémoire à l'exposition des difficultés qu'il a rencontrées pour porter ses instruments jusque dans le larynx.

Il faut voir combien il a fait d'essais, et en fin de compte il est arrivé à une instrumentation si complexe, que les instruments de M. Fauvel m'étonnent par leur simplicité. Avec ses instruments compliqués, M. Bruns a procédé encore avec beaucoup de lenteur. Il est vrai que le polype était constitué par un bourrelet muqueux, adhérent à la muqueuse par une sorte de mésentère qu'il a coupé à petits coups en quatre séances, je crois. Il devait faire une dernière séance, lorsqu'il eut la joie de voir le polype tomber de lui-même par la mortification de la dernière partie de son large pédicule. En présence de toutes les difficultés rencontrées par M. Bruns, je suis en droit de me demander si la simple pince de M. Fauvel sera suffisante, et c'est pour cela que je voudrais qu'il fît des essais sur le cadavre.

M. FAUVEL. Je ferai les essais que réclame M. Verneuil et d'après l'expérience acquise ; je ne fais aucun doute qu'avec ma pince je puisse saisir et arracher un polype du larynx. C'est du reste avec cette pince que je me propose d'opérer le malade que je présente. Je me ferai un devoir de communiquer à la Société le résultat de mes expériences et de mon opération.

AUTRE COMMUNICATION.

M. RICHET. J'ai reçu de M. Lagarde une observation de résection de la mâchoire inférieure, accompagnée d'une pièce anatomique enlevée pendant l'opération.

Voici cette observation.

Tumeur de la mâchoire inférieure. — Opération. — Examen de la tumeur.

B... (Paul-Théophile), ouvrier tanneur à Amboise (Indre-et-Loire), âgé de trente-sept ans, est porteur d'une tumeur développée dans l'é-

paisseur du maxillaire inférieur, sur la ligne médiane. Voici ses antécédents :

Artilleur pendant sept ans, tant en France que dans les colonies, il n'a jamais eu de maladies notables. Mais depuis deux ans environ, il est gastralgique. Plusieurs médications ont assez difficilement combattu cet état, qui depuis quelques mois s'est cependant amélioré. C'est un homme de haute taille, maigre, un peu pâle, énergique au moral, mais délicat. Aucun membre de sa famille n'a présenté de tumeur analogue à la sienne.

Il y a deux ans que B... s'est ressenti d'une douleur dans la pointe du menton. Cette douleur n'a jamais été très-forte, mais elle a toujours persisté. Les dents non cariées étaient douloureuses. Dès ce moment, il a été obligé de mâcher sur les côtés. La mauvaise mastication a pu influer sur sa gastralgie.

Non observé à cette époque, car il ne parlait pas de cela, il sentait lui-même une grosseur, comme il le dit, se développant dans le maxillaire et faisant saillie en arrière. La tumeur a crû ainsi lentement de bas en haut. Il y a six mois, les quatre incisives devinrent branlantes. Ce n'est que depuis deux mois que la tumeur a pris du développement, et dans six semaines, de peu apparente qu'elle était, au dire du malade, elle est devenue ce qu'on la voit aujourd'hui. Elle occasionnait, au moment de l'opération, une douleur assez vive quand on la touchait et quand le malade appuyait dessus par mégarde en mangeant; elle gênait aussi notablement pour parler.

Le dimanche 17 août dernier, je vois la tumeur pour la première fois. Les quatre incisives ne la surmontent plus; les deux canines sont branlantes, ainsi qu'une première petite molaire à gauche. Je sens avec le doigt une tumeur de consistance ferme et élastique, que je puis ébranler un peu d'avant en arrière. En arrière, elle fait saillie comme le bout du pouce à peu près. Elle mesure la hauteur de la branche horizontale du maxillaire, et s'étend d'une première petite molaire à l'autre. Elle est recouverte en avant d'une lame osseuse très-mince à gauche, et à droite la lame osseuse a disparu ; la muqueuse la recouvre presque seule. Par ce point, cette tumeur aurait pris un développement antérieur, qui eût repoussé la lèvre. En arrière, l'os la protége plus efficacement. Je cherche minutieusement des ganglions dans le voisinage, et n'en trouve pas; mais quand ils commencent à se prendre, on peut très-bien ne pas les constater. Plusieurs fois, en enlevant des tumeurs cancéreuses du sein et en recherchant par la dissection des ganglions assez gros dans l'aisselle, j'en ai trouvé de très-petits, évidemment transformés, et que le doigt ne constatait pas sous la peau.

Je pensai immédiatement à enlever cette tumeur, de nature évidemment maligne. L'absence de ganglions malades me fit concevoir l'espérance d'une guérison parfaite. Mais je crus devoir extirper radicalement la tumeur, en faisant l'ablation de la partie antérieure de la mâchoire. Oter d'abord la tumeur en la disséquant, et cautériser ensuite avec le caustique de Filhos son point d'émergence, ne me paraissait pas satisfaisant. D'un côté, opération plus longue, puisque la cautérisation pouvait être employée plusieurs fois, pour arriver à guérison ; nécessité peut-être d'en venir ensuite à une résection complète du point malade. D'un autre côté, opération simple, nette, enlevant le mal, ne privant pas le maxillaire d'une grande partie do sa diaphyse, possibilité d'une cicatrisation rapide (ce qui a lieu sous mes yeux). Je me décidai pour ce dernier parti, qui me paraissait le plus logique et d'une chirurgie plus sûre.

J'ai employé le procédé de Dupuytren : incision sur la ligne médiane de la lèvre, prolongée jusqu'à l'hyoïde ; dissection des deux lambeaux en rasant l'os ; section de la muqueuse un peu en dehors des limites de la tumeur, en avant et en arrière ; arrachement de la première petite molaire de chaque côté. Je me suis servi de la scie à chaîne, que j'ai trouvée plus commode, et avant la section des attaches de la langue, j'ai passé un bon fil double à la base du frein de cet organe ; une seule artère linguale a été liée. J'ai fait la suture entortillée avec cinq épingles, et j'ai fixé le fil de la langue à l'une d'elles. J'ai approché les joues mollement avec un bandage et des compresses.

Suites de l'opération. — L'opération a été pratiquée le 22 août, à huit heures du matin. Pendant vingt-quatre heures, suintement de salive sanguinolente, abondante ; douleur assez forte, mais supportable. Le malade peut boire un peu de bouillon avec une sonde mise sur le côté de la bouche. Le samedi soir 23, fièvre assez violente, avec toux ; potion calmante, petits paquets de morphine et de craie. La fièvre tombe le dimanche soir ; le suintement devient clair. Bouillons, vin ; je fais faire des injections miellées et vinaigrées. Le septième jour, j'ôte les épingles ; réunion parfaite, solide. Le malade prend des potages plus épais.

Aujourd'hui, quinzième jour après l'opération, la lèvre est très-solide ; des bourgeons charnus se développent sur les coupes du maxillaire, dont les parties tendent à se rapprocher et se tiennent un peu dans le bas.

J'ai examiné cette tumeur avec un microscope Nachet ; mais je n'ai pas, je crois, un grossissement assez fort. J'apprends positivement par M. le docteur Richet, qui veut bien se charger de présen-

ter la pièce à la Société de chirurgie, qu'elle est de nature fibreuse ou fibro-plastique ; elle ne présente pas de myéloplaxes. Toujours est-il que, cliniquement, cette tumeur est de la classe des tumeurs malignes, et que son ablation bien entière peut mettre le malade à l'abri d'une généralisation de ce tissu. Car sait-on comment les tumeurs de ce genre se généralisent ? Le font-elles en quelque sorte d'une manière fatale, en ce sens qu'il y aurait en divers points de l'économie à la fois divers germes prêts à se développer ; ou bien l'absorption emporterait-elle au loin des molécules de ces tumeurs, sortes de graines prêtes à se développer dès qu'elles sont fixées quelque part ? Il me paraît donc plus sage, en somme, de faire l'ablation entière de la tumeur en la circonscrivant dans des tissus sains, toutefois aussi économiquement que possible. Le malade sort, et la perte de substance qu'il a subie n'altère en rien l'expression de ses traits ; le fait n'a pas encore assez vieilli pour juger de la solidité future de la mâchoire.

Je n'aurais pas publié ce fait avant la guérison définitive s'il ne s'était agi pour moi d'être fixé sur la nature histologique de la tumeur, et si la discussion qui a eu lieu dernièrement à la Société de chirurgie sur les tumeurs du maxillaire à myéloplaxes n'avait pas coïncidé pour moi avec la nécessité de débarrasser mon malade de son mal, et si je n'avais pas dû y puiser personnellement des connaissances nouvelles pour l'avenir, tant sur la nature des tumeurs de ce genre que sur le meilleur mode opératoire à leur appliquer.

Quant à la tumeur, continue M. Richet, je pense qu'elle est formée par du tissu fibreux renfermant des fibres de tissu fibro-plastique. L'examen microscopique a été fait par M. Damasquino, interne distingué de mon service.

DISCUSSION.

M. HOUEL. Il serait utile de savoir dans quelle proportion se trouvaient les éléments fibro-plastiques.

M. RICHET. Environ pour un tiers. Il faut cependant reconnaître que la pièce était un peu altérée ; elle avait au moins trente-six heures, de sorte que cette proportion n'a pu être établie d'une manière rigoureuse.

M. HOUEL. Pour moi, cette tumeur rentre dans la catégorie des tumeurs fibreuses, ce qui me fait peu redouter une récidive. Je ne nie point cependant que ces tumeurs ne soient pas sujettes à la récidive, puisque Paget en a montré des exemples. Ces tumeurs fibreuses renferment, en effet, presque toutes une quantité plus ou moins grande de fibres de tissu fibro-plastique et même des cellules

fusiformes. Ici, cette proportion d'un tiers de ce dernier tissu n'est pas suffisante pour la mettre au rang des tumeurs fibro-plastiques. Je classe donc plus volontiers cette tumeur dans les fibromes. En effet, elle est dense; elle crie sous le scalpel; elle renferme même une lame ossifiée dans son centre. Or, c'est là un des caractères les plus saillants des tumeurs fibreuses.

M. RICHET. Nous sommes d'accord, M. Houel et moi, pour placer la tumeur dans la classe des fibromes. Seulement, en voyant les éléments de tissu fibro-plastique, je me suis demandé s'il n'y avait pas de crainte de récidive. Quant à sa consistance, il faut reconnaître qu'elle a été modifiée considérablement par le séjour dans l'alcool. De pulpeuse qu'elle était, elle était devenue dure sous l'influence de cet agent, qui a la vertu de durcir tous les tissus, au point que des polypes muqueux, après un séjour dans ce liquide, ont pu être pris au premier abord pour des tumeurs fibreuses. Avant d'avoir séjourné dans l'alcool, on devinait facilement, par sa mollesse, qu'elle devait présenter du tissu fibro-plastique. M. Lagarde, qui l'a observée après son opération, la croyait de la nature des myéloïdes. Je suis d'autant plus d'avis de la ranger dans les tumeurs fibreuses, qu'elle est née dans le périoste alvéolo-dentaire et qu'elle a embrassé dans son développement une lamelle osseuse. Je ferai remarquer néanmoins qu'il y a crainte de récidive, à cause des éléments fibro-plastiques qu'elle contient. Enfin, je dois ajouter, en terminant, que cette tumeur diffère de la mienne en ce qu'elle se prêtait à l'énucléation.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 17 septembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Plusieurs Mémoires imprimés de M. le docteur Bernhard Beek, de l'Université de Fribourg; nous transcrivons les titres de ces Mémoires.

Sur la nature et les espèces d'étranglement dans les hernies abdominales ;

Sur la taille latérale;

Sur l'opération de l'ankylose vraie du genou par résection d'une portion d'os;

Dissertation anatomo-physiologique sur quelques nerfs traversant les os et se ramifiant dans leur membrane médullaire;

Recherches cliniques sur l'histoire de la thérapeutique des pseudoplasmes, suivies d'un Rapport sur les opérations pratiquées à Rastadt, de mars 1851 *à juillet* 1857.

3° Une demande de congé de M. Morel-Lavallée.

COMMUNICATION.

Modifications aux appareils de prothèse. — M. GIRALDÈS. Je viens, au nom de M. Stalh, mouleur au jardin des Plantes, vous montrer quelques modifications heureuses aux appareils prothétiques. Pour bien comprendre la valeur et l'utilité de ces modifications, il est bon de rappeler la disposition des appareils que nous avons actuellement. S'il s'agit d'un cuissard, on fait un cône en bois, en métal ou en cuir. On rembourre le bord supérieur de ce cône, on fait pénétrer le moignon dans cette cavité conique, de sorte que le moignon, enveloppé d'une flanelle, est soutenu par le rebord supérieur. Pour fabriquer ce cône creux, on prend quelquefois des mesures plus ou moins rigoureuses, mais toujours incertaines, d'où défaut de précision dans l'adaptation du moignon au cône de l'appareil, d'où des blessures, des douleurs qui rendent l'usage de ces appareils très-pénible.

Je reconnais que dans ces derniers temps on a fait quelques perfectionnements, mais ils sont encore insuffisants; le cône creux ne s'applique jamais sur le moignon d'une manière rigoureuse et en quelque sorte mathématique. Pour qu'un appareil soit parfait, irréprochable, il faut qu'il exerce une pression égale sur toute la surface du moignon, tout en laissant le bout libre et sans frottement. Si toute la circonférence du moignon ne reçoit pas une égale pression, il y aura des douleurs.

Pour réaliser toutes ces conditions, M. Stalh a eu l'idée de mouler le moignon et de faire ensuite un moule en caoutchouc fondu qui s'adapte parfaitement à la surface périphérique du moignon. Cette sorte de manchon en caoutchouc fondu sert de modèle pour confectionner ensuite le manchon ou cône ordinaire qui sera porté par l'amputé. Il est inutile qu'à ce manchon ainsi construit on ajoute le mécanisme usité pour soutenir le corps, tel que le pilon ou la jambe artificielle. Avec un moule semblable, toute la pression exercée par le moignon

sera évidemment distribuée à toute la surface du cône, la pression sera douce, il n'y aura plus de blessures. Voilà donc une première application du procédé de M. Stalh.

Je vais en exposer une deuxième. Quand, à la suite d'une ankylose angulaire du genou causée soit par une tumeur blanche, soit par une rétraction musculaire, le malade est obligé de garder son ankylose, il est nécessaire de faire usage d'un appareil prothétique. Or, dans ces conditions, il est très-difficile de bien adapter un appareil. Au moyen du procédé de M. Stalh, le problème se résout très-facilement. Enfin, j'ai déjà montré à la Société une application heureuse du moulage pour certaines difformités du pied, telles que pieds bots, rétractions cicatricielles inopérables.

Divers mécaniciens, tels que MM. Gray et Bigg, en Angleterre, ont inventé des appareils très-ingénieux et parfaits, sous le point de vue de l'équilibration et de la station, mais aucun d'eux n'a résolu le problème de la répartition égale de la pression à toute la surface du cône.

Il n'y a donc plus rien de surprenant de voir la plupart des chirurgiens se plaindre autant que les amputés de plusieurs inconvénients inhérents à l'usage de ces appareils. On se rappelle qu'ici même M. Michon nous a raconté qu'un amputé de la cuisse ayant une jambe artificielle et un pilon ne portait sa jambe que le dimanche, quand il allait jouer de la flûte à la barrière, et reprenait le pilon les autres jours de la semaine quand il allait à son travail, parce que celui-ci le gênait beaucoup moins.

Je sais de bonne source que beaucoup d'amputés, à la suite des guerres de Crimée ou d'Italie, se plaignaient de leurs appareils, et, malgré tous les soins qu'on a mis à leur confection, on n'a pas pu obtenir des résultats complétement satisfaisants. Or, je pense qu'avec le procédé employé par M. Stalh, on pourra désormais faire mieux.

DISCUSSION.

M. LARREY. Si M. Giraldès avait assisté à la dernière séance, il aurait pu m'entendre professer ici les mêmes opinions qu'il vient d'émettre. En effet, les appareils fournis à nos amputés dans nos dernières guerres n'ont pas été suffisamment bien construits. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de les perfectionner, et je reconnais volontiers que le procédé employé par M. Stalh pourra avoir quelques avantages. Quant au caoutchouc fondu, je ne pense pas qu'il doive rester en deux fragments.

M. GIRALDÈS. Le moule en caoutchouc fondu a été coupé en deux parties pour les besoins de la démonstration.

M. GUERSANT. M. Giraldès a-t-il vu des amputés faisant usage d'appareils construits d'après le procédé de moulage?

M. GIRALDÈS. Non. Je suis venu seulement faire une proposition, et montrer comment M. Stalh avait répondu à toutes les conditions du problème. Tout ce que je puis dire actuellement, c'est que la théorie est très-bonne.

COMMUNICATION.

M. RICHET présente l'observation du malade qu'il a opéré le 7 août dernier d'une perforation de la voûte palatine par le procédé à double pont de M. Baizeau, mais avec la modification apportée à cette opération par le docteur Langenbeck, et qui consiste à prendre avec la muqueuse le périoste lui-même. C'est d'ailleurs le malade dont il a été parlé dans la séance dernière à propos de la communication de M. Legouest, et dont suit l'observation complète.

Henri L..., mécanicien, est âgé de vingt-quatre ans, et demeure rue Saint-Maur Saint-Antoine.

Cet homme, d'une bonne constitution, légèrement sanguine, n'a jamais été malade. Blennorrhagie en 1857. En 1859, adénopathie inguinale gauche, qui a laissé une cicatrice; mais cette dernière est au niveau des ganglions sous-inguinaux et non pas au-dessus du ligament de Fallope, comme cela s'observe dans les adénopathies spécifiques. Jamais de symptômes syphilitiques depuis cette époque ni antérieurement.

Il y a neuf mois environ, pendant un repas de noces, le malade ressent de la chaleur accompagnée de gonflement sur la partie médiane de la voûte palatine. Ces symptômes s'accompagnent d'un peu de fièvre.

Le lendemain, le gonflement augmente, et soixante-douze heures après les premiers symptômes une ouverture se fait au milieu de la partie tuméfiée, et laisse écouler une petite quantité de pus. Immédiatement après, le malade dit avoir senti l'air passer par le palais. Il dit aussi que de suite sa voix devint nasonnée.

La cicatrisation des bords de l'ouverture se fit rapidement, et depuis ce temps il reste une perforation.

Etat actuel. — Voix fortement nasonnée. Lorsque le malade prononce les sons gutturaux, on entend une colonne d'air passer en sifflant par l'ouverture palatine; celle-ci est située à la réunion des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la voûte palatine osseuse, un peu plus à gauche qu'à droite, et l'on distingue facilement le bord inférieur du vomer dans le fond de l'orifice.

L'ouverture permet l'introduction facile de l'extrémité du doigt

auriculaire ; elle est ovalaire, son grand diamètre dirigé d'avant en arrière. Dans cette direction, elle mesure 15 millimètres et 1 centimètre seulement transversalement. Une autre ouverture, beaucoup plus petite, pouvant admettre la tête d'une grosse épingle, séparée de la première par un petit pont très-étroit, existe à la partie postérieure, près de la ligne médiane. Le bord postérieur de la grande ouverture correspond à peu près aux os palatins. Antérieurement elle s'avance jusqu'à 25 millimètres des incisives.

Le malade demande instamment à être opéré, par la raison que sa voix est changée au point que souvent il ne peut se faire comprendre, et parce que, quand il mange ou boit, une partie des aliments et des boissons passe par les narines.

Le malade s'est fabriqué lui-même un obturateur en papier mâché à l'aide duquel il peut parler distinctement, et cette dernière circonstance est d'un grand prix comme indication de l'opération, puisqu'elle montre d'une manière certaine le bénéfice que le malade en retirera si elle réussit.

L'opération est pratiquée le 7 août.

Après avivement préalable des bords de l'ouverture palatine, avivement dans lequel se trouve comprise la fistulette postérieure, ce qui agrandit d'autant la perforation, l'opérateur, avec un bistouri long et étroit, pratique sur le côté gauche de la perforation, à 5 millimètres environ en dehors d'elle, une incision légèrement curviligne, à concavité regardant en dedans. Cette incision, qui pénètre jusqu'au squelette, dépasse en avant et en arrière la perforation palatine de 4 ou 5 millimètres ; elle fournit du sang en abondance, ce qui oblige à suspendre l'opération.

Le malade s'étant gargarisé avec de l'eau glacée, une deuxième incision en tout semblable à la première est pratiquée sur le côté droit de l'ouverture, et les mêmes phénomènes d'écoulement sanguin se reproduisent.

Saisissant alors une spatule arrondie et coupante à son extrémité, on l'introduit dans l'incision de gauche ; puis, l'inclinant légèrement du côté de la perforation, et raclant le squelette de manière à en décoller le périoste, on mobilise le lambeau, qui bientôt ne reste plus attaché qu'en avant et en arrière. Pendant cette opération du décollement du périoste, qui se fait d'ailleurs assez facilement et promptement ; M. Richet fait observer que l'instrument est assez fréquemment arrêté par les aspérités de la voûte palatine osseuse, aspérités dont on triomphe non en les éludant, mais en les rasant à leur base ; elles se trouvent donc ainsi faire partie du lambeau.

Le lambeau de droite est détaché par le même procédé ; alors leur

rapprochement sur la ligne médiane devient tellement facile, que c'est à peine s'il serait besoin de suture. Néanmoins, après avoir laissé reposer le malade quelques minutes, et l'avoir fait se gargariser avec de l'eau très-froide, tout écoulement de sang étant arrêté, on pose trois points de suture, un au milieu et un à chaque extrémité. Ce temps de l'opération se fait assez facilement à l'aide de l'aiguille et du petit crochet de Langenbeck, et nous croyons inutile d'insister sur ces détails, qui se trouvent parfaitement décrits dans le mémoire du chirurgien allemand (*Archives de médecine*, juin 1862).

Voyant la facilité avec laquelle on rapproche les lambeaux, et jugeant que la réunion s'en opérerait très-promptement, M. Richet a donné la préférence aux fils de soie, qu'il arrête à l'aide des petits tubes de plomb de Galli. Une fois la suture pratiquée, la réunion est aussi parfaite, aussi exacte que possible, et on observe, non sans quelque surprise, qu'il existe à peine quelques millimètres d'écartement entre le bord externe des lambeaux et les parties non décollées.

Tout écoulement de sang ayant cessé, le malade est reconduit à son lit; l'opération tout entière a duré trente-cinq minutes; le malade la déclare peu douloureuse; il n'a pas été chloroformé.

Le 8, hier, à quatre heures de l'après-midi, l'interne du service constate que la réunion de la plaie latérale gauche est complète.

Aujourd'hui, vingt-deux heures après l'opération, les deux plaies latérales et les bords avivés de la perforation sont parfaitement réunis. Les lambeaux n'ont pas changé de couleur. Ils présentent une teinte semblable à celle du reste de la muqueuse palatine. Il n'y a donc ni menace de gangrène ni inflammation. Point de gonflement. On retire les sutures. L'agglutination paraît solide.

Le 10, angine pultacée sur l'amygdale droite, avec rougeur intense de la luette, du voile du palais et du pharynx; nausées suivies d'un vomissement. Le malade a eu cinq garde-robes avec deux verres d'eau de Sedlitz pris le matin à six heures. Craignant l'extension de l'inflammation de l'isthme du gosier à la voûte palatine, M. Richet ordonne l'application de douze sangsues à l'angle de la mâchoire.

Le 11, la douleur est beaucoup moins vive; la rougeur a diminué; l'amygdale est encore recouverte d'une couche pultacée. De crainte de provoquer des vomissements ou d'ébranler la cicatrice, on ne veut ni toucher ni donner de gargarisme, on prescrit deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 15, l'angine n'a pas gagné la voûte palatine, et le malade peut être considéré comme guéri.

Le 28, il sort parfaitement guéri.

Ainsi que les membres de la Société peuvent le constater, le malade parle aussi distinctement qu'il est possible de le faire, et mange parfaitement bien. La suture est à peine visible, un peu enfoncée à la partie postérieure ; on ne constate pas encore de reproduction osseuse.

M. Richet appelle surtout l'attention sur l'absence de perte de substance à la voûte palatine, là où il semblerait tout d'abord qu'il dût en exister par suite du décollement des lambeaux. On peut voir, en effet, que la cicatrice est là tout aussi linéaire que sur la ligne médiane.

Ce fait s'explique, dit M. Richet, par la turgescence qui dès le lendemain de l'opération s'est emparée des deux lambeaux, et qui leur a permis de combler tout l'intervalle existant entre la suture et la portion de la voûte palatine non décollée.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. CHASSAIGNAC. J'ai pratiqué hier une amputation du testicule, et j'ai apporté la pièce, parce qu'elle m'a paru curieuse. Cette tumeur s'était développée très-rapidement chez un homme de trente-huit ans. Il était dernièrement en voyage à Paris, lorsqu'au milieu de la rue, il sentit une douleur extrêmement vive dans les bourses; il tomba, et il fut conduit chez un chirurgien qui diagnostiqua une tumeur cancéreuse du testicule. La suite a vérifié ce diagnostic.

Pour enlever cette tumeur, j'ai employé mon procédé ordinaire, au moyen de l'écraseur : isolement du cordon, trocart au-dessous, passage de la chaîne, section transversale du pédicule, expulsion du testicule à la manière d'un noyau, destruction de quelques légères adhérences, tels furent les divers temps de l'opération. L'examen de la tumeur montre que l'épididyme n'est pour rien dans le volume de la tumeur ; c'est dans le parenchyme testiculaire et dans la tunique albuginée que siége le produit morbide. La section du cordon s'est faite sans hémorrhagie. Le siége du mal explique bien les douleurs à forme d'étranglement, qui ont fait réclamer l'opération avec instance par le malade.

Voici le résultat de l'examen de la pièce fait par M. Ordoñez :

Cette tumeur est constituée par la multiplication exagérée de l'élément épithélial qui tapisse les canalicules spermatiques, avec déformation de ces cellules, de manière à offrir un type de l'entité appelée cellule cancéreuse avec ses noyaux et ses nucléoles correspondants. La paroi ou gaîne propre des canalicules spermatiques a disparu complétement, de manière que l'élément épithélial forme la

masse de la tumeur et constitue ce suc crémeux si abondant dans la tumeur en question.

Le noyau, d'aspect différent, présente une altération tout à fait opposée à la précédente. Il est composé de canalicules spermatiques, dont la gaîne épithéliale est presque complétement atrophiée, et la paroi ou gaîne externe propre des canalicules est convertie en tissu fibreux, comme cela arrive dans quelques tumeurs dites syphilitiques du testicule.

Autour de la masse encéphaloïde, entre elle et la tunique albuginée, se trouve une couche de tissu testiculaire, c'est-à-dire de canalicules spermatiques peu altérés dans leur structure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET. Je veux faire juger par la Société du résultat de la résection de la mâchoire inférieure dont j'ai déjà parlé il y a environ trois semaines. Voici ce jeune homme : il n'a pas de difformité bien apparente à l'extérieur ; mais à l'intérieur de la bouche, il existe une difformité résultant de ce que le côté gauche de la mâchoire s'est rapproché de la ligne médiane, ce qui fait que les dents du maxillaire supérieur de ce côté ne correspondent plus à celles du maxillaire inférieur. Cependant ce malade mange bien. La plaie des téguments est aujourd'hui bien cicatrisée. Il reste un espace entre les deux fragments de la mâchoire inférieure ; cet espace est d'environ deux ou trois centimètres.

Je demande à mes collègues s'il ne serait pas utile de faire usage d'un appareil pour faciliter la mastication.

DISCUSSION.

M. BAUCHET. J'ai vu plusieurs cas semblables à celui de M. Richet. Or, dans ces cas, M. Préterre ne s'est pas attaché à ramener le fragment de mâchoire dévié ; il a utilement appliqué une arcade dentaire en dehors, de sorte que la première servait seulement de point d'appui à la seconde correspondant exactement à l'arcade supérieure.

M. DOLBEAU. Dans la discussion qui a eu lieu sur la résection de la mâchoire, j'ai dit que j'étais partisan de la chirurgie économique, et que je regrettais que l'on réséquât trop fréquemment. Ce n'était pas tant en vue de la difformité qu'en vue de la déviation des dents. Le malade, dit-on, mange bien ; mais je crois qu'il mangerait mieux si on ne l'avait pas réséqué. L'appareil de M. Préterre est bon ; mais je voudrais que l'on s'opposât à la déviation des fragments au moyen d'un appareil mis après l'opération.

J'ai fait à la Cliniquo quelques tentatives chez un malade opéré par M. Nélaton, et j'ai eu un bon résultat.

M. GUERSANT. J'appuie la proposition de M. Richet, et je pense qu'un appareil serait très-utile.

M. RICHET. Je ne veux pas revenir à la question de la chirurgie économique, elle est jugée. Ici il n'y avait pas de choix, la résection était nettement indiquée ; la pièce nous a montré une infiltration du produit morbide, et il n'y avait pas d'enkystement. Il aurait donc été impossible de faire une énucléation ; le bord inférieur du maxillaire n'offrait plus qu'une extrême minceur.

Quant à l'appareil immédiat, je l'avais déjà essayé, et je dois déclarer que la douleur a été telle que j'ai dû le retirer. Du reste, le tissu inodulaire, en se rétractant, finit toujours par triompher de tous les appareils. Je ne crois pas à l'efficacité de cet appareil immédiatement appliqué après l'opération.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais demander un renseignement sur l'appareil Préterre. Il me semble que les arcades dentaires du côté opposé à l'opération ne doivent pas plus se correspondre que du côté opéré lorsqu'on a mis cet appareil.

M. BAUCHET. L'appareil de M. Préterre continue la rangée des dents normales, et prend son point d'appui sur l'arcade dentaire déviée.

M. TRÉLAT. Je pense comme M. Bauchet qu'il sera impossible d'appliquer ici autre chose que l'appareil déjà exécuté par M. Préterre, une arcade dentaire artificielle enveloppant l'arcade naturelle, qui désormais n'a plus ses rapports normaux avec les dents de la mâchoire supérieure. Mais comme la mastication est encore très-possible, quoique gênée ; comme ces appareils prothétiques sont coûteux et sujets à d'assez fréquentes réparations, je suis convaincu que ce jeune garçon sortira tel qu'il est et renoncera à tout appareil. Je n'ose croire que le moyen employé par M. Dolbeau ait eu le résultat désiré ; la rétraction du tissu cicatriciel est si grande et si continue qu'on en triomphe bien rarement. C'est pour ce double motif : difficulté d'application des appareils prothétiques, presque impossibilité de s'opposer efficacement à la rétraction de la mâchoire, que je répéterai cette opinion que j'ai déjà formulée : quelque petite que soit la hauteur ou l'épaisseur d'une bande d'os conservée dans une résection, ce sera une sorte d'attelle qui, mieux que toute autre chose, conservera au maxillaire sa longueur primitive, condition indispensable d'une mastication régulière.

M. DOLBEAU. Je veux ajouter un mot. Pour empêcher la rétraction,

j'ai agi à une grande distance de la plaie ; je n'ai rien interposé entre les fragments réséqués.

M. LARREY. J'ai eu fréquemment l'occasion de voir des mutilations de la mâchoire. A côté de l'appareil de M. Préterre, qui est très-bon, il est juste de placer celui de M. Stowens, qui a servi à beaucoup de blessés de l'armée d'Italie. Quant au principe essentiel, à savoir : conserver le plus possible du maxillaire, il me paraît très-important. Au Val-de-Grâce il n'est pas rare de voir des séries de suicidés qui ont des délabrements considérables de la mâchoire inférieure ; j'ai toujours tenté de conserver des fragments, des esquilles, qui sont de véritables attelles, comme le dit très-ingénieusement M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. RICHET. Je désire demander l'avis de la Société sur la nature bénigne ou maligne d'une tumeur que j'ai enlevée samedi dernier. Une dame de soixante-six ans, étant dans la rue, reçut sur l'épaule une tuile qui tombait d'un toit. Cet accident, qui avait lieu il y a cinq ou six mois, fut suivi d'une douleur extrêmement vive, et le médecin qui fut appelé immédiatement après constata une ecchymose, et à 3 centimètres de ce point il vit en outre une petite tumeur du volume d'un pois. L'ecchymose finit par disparaître assez promptement ; mais la tumeur qui siégeait à la partie postérieure et externe de l'épaule prit un développement de plus en plus considérable. On n'avait pas constaté la présence de cette tumeur avant l'accident. Plusieurs médecins étaient d'avis qu'elle consistait dans un kyste. Je fus consulté, et au premier abord je fus de cet avis, de sorte que je me proposais de faire une ponction suivie d'une injection iodée. Mais, par un examen plus attentif, je reconnus bientôt que cette tumeur renfermait des parties solides, ce qui me fit penser qu'elle pourrait bien être un lipome mou avec de petits lobules. Cependant je dus rejeter cette hypothèse, parce qu'il existait autour de la tumeur des veinules rougeâtres qu'on ne trouve point dans les lipomes. Je dus croire alors qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, et je proposai l'opération. Elle fut faite ; la tumeur, qui était enkystée et au milieu des fibres du deltoïde, étant ouverte, nous offrit une substance comme de la gelée ou comme une solution de gomme très-concentrée. M. Barth, qui l'a examinée, a pensé à une tumeur colloïde. La substance, qui ressemblait aussi à de la synovie épaisse, ne s'écoulait pas à la coupe ; la tumeur se divisait en lobules plus ou moins foncés et contenant tous la même matière parcourue par des vaisseaux très-nombreux.

DISCUSSION.

M. BAUCHET. Cette pièce me rappelle une tumeur en tout semblable que j'ai vue dans le service de M. Velpeau en 1851. La tumeur siégeait à la cuisse, et l'on pensait à une amputation. M. Velpeau fit, au contraire, une incision sur la tumeur, la fendit et l'enleva. M. Lebert l'ayant examinée, me dit qu'elle était do nature bénigne.

Je revis le malade en 1855; la guérison ne s'était pas démentie et le malade était très-heureux d'avoir conservé son membre inférieur. M. Denucé a présenté en 1853, à la Société anatomique, une tumeur à peu près semblable développée dans les muscles du jarret. L'examen montra que c'était une tumeur bénigne.

M. TRÉLAT. On a souvent discuté sur les tumeurs bénignes et sur les tumeurs malignes, je n'y reviendrai pas. Eu égard aux tumeurs hématiques, il est certain qu'elles sont bénignes; mais il est des cas où elles se comportent comme les tumeurs malignes. J'ai fait à ce sujet des recherches dans les journaux et dans les recueils, et j'ai signalé des faits qui le démontrent, un entre autres, publié par M. Larrey. Quant au cas de M. Richet, il s'agit de savoir s'il y aura récidive. C'est difficile à dire; mais je pense que la tumeur est constituée par du sang; c'est donc une tumeur hématique. J'ai cité des faits semblables, et rien qu'à l'aspect extérieur, on voit qu'il n'y a pas de cancer.

M. HOUEL. Ces tumeurs sont parfaitement décrites dans l'*Anatomie pathologique* de M. Cruveilhier. Roux en a publié un autre cas. Ce sont des tumeurs colloïdes pures. Or ces tumeurs ne sont pas rares, et leur caractère, c'est d'être enkystées. Quant à l'examen microscopique, il ne donne aucun résultat positif. MM. Lebert, Robin et moi, nous en avons souvent examiné, et nous n'avons rien pu voir, parce que la matière colloïde cache les éléments du cancer. Nous avons cherché à détruire cette matière, et nous n'avons pas réussi. M. Cruveilhier a remarqué que ces tumeurs ne récidivent point; c'est donc une tumeur bénigne que nous présente M. Richet. Tout en reconnaissant que les tumeurs bénignes peuvent récidiver, nous avons ici de grandes chances pour être à l'abri de ce danger.

M. TRÉLAT. Entre M. Houël et moi, il n'y a qu'un mot. Moi je dis, c'est une tumeur hématique; M. Houël, une tumeur colloïde. Tout le reste se ressemble : même forme, même aspect, même marche, même bénignité; nous sommes donc d'accord sur le fond.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 24 septembre 1862.

Présidence de M. DEPAUL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Les journaux de la semaine;

2° Deux exemplaires d'une brochure de M. le docteur Hergott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, intitulée : *Règles pratiques de l'administration du chloroforme;*

3° Une lettre de M. le docteur Bein, médecin-major et chef d'ambulance à Fribourg.

M. le docteur Bein demande le titre de membre correspondant étranger; il ajoute à l'appui de sa demande la liste de ses travaux.

COMMUNICATION.

Anus imperforé. — Incision périnéale, puis méthode de Littre. — Utilité des autopsies dans ces cas. — Disposition rare de l'intestin. — M. MARJOLIN fait sur ce sujet une communication à la suite de laquelle il a remis l'observation suivante :

L'intérêt qui se rattache à tout ce qui a trait à la question, si difficile dans la pratique, de l'établissement d'un anus artificiel, dans les cas d'imperforation du rectum, et le peu d'occasions que l'on a d'observer après la mort à quel genre de vice de conformation on a affaire, m'ont engagé à mettre sous les yeux de la Société une pièce qui m'a semblé assez curieuse.

Le lundi 15 septembre dernier, on amena dans la soirée, à Sainte-Eugénie, une petite fille très-chétive, née de la veille. Etait-elle venue à terme? c'est ce que nous n'avons pu savoir. Examinée le mardi à la visite, bien qu'elle n'eût rien rendu depuis sa naissance, elle ne semblait pas trop souffrante; la coloration de la peau était normale, le ventre peu distendu, si ce n'est au-dessus du pubis, la vessie étant très-remplie. Aussitôt que j'eus vidé la vessie, la petite tumeur disparut, et en explorant avec la sonde, je crus sentir comme un corps mou interposé entre le sacrum et la vessie. La percussion, faite avec grand soin, donnait partout le même son, une matité peu prononcée, soit dans les fosses iliaques, soit au niveau de la région om-

bilicale. Cette uniformité de sons, qui persista à toutes les époques de la vie, s'expliqua très-bien plus tard, comme vous pourrez le voir, par la disposition du gros intestin.

Aucune tentative d'opération n'ayant été faite, je constatai que l'anus, qui semblait à l'extérieur parfaitement conformé, était cependant imperforé ; à un centimètre environ de profondeur, on rencontrait une sorte de cul-de-sac tapissé par une membrane rosée. L'introduction de l'index semblait donner la sensation d'un refoulement de haut en bas, chaque fois que l'enfant faisait des efforts : cette sensation avait été déjà perçue la veille par M. Sottas, interne du service. Mais entre une sensation douteuse et une certitude absolue, il était d'autant plus difficile de se prononcer que l'inspection du cul-de-sac anal, faite à l'aide d'un dilatateur à trachéotomie, ne nous fit pas reconnaître soit l'existence d'une ampoule distendue au moment des cris, soit cette teinte brunâtre des tissus, qui semble indiquer que le seul obstacle au libre cours des matières ne consiste qu'en un diaphragme très-mince. Ne voulant pas dans ce cas faire une ponction, je suivis le conseil rappelé récemment par notre collègue M. Verneuil, et je disséquai avec soin et lentement d'avant en arrière le fond de cet infundibulum, en attirant en bas avec des pinces les bords de la plaie.

De temps à autre j'introduisais mon doigt dans la petite plaie, pour voir si les sensations de refoulement que j'avais éprouvées devenaient moins obscures; un instant je crus que j'arrivais sur l'intestin, ma pince ayant saisi quelque chose qui ressemblait à une ampoule : je fis une ponction d'avant en arrière, et je fus très-désappointé en voyant une goutte de sang s'échapper par le vagin.

Voyant ma tentative sans résultat et l'enfant très-fatiguée, je ne voulus pas recourir pour le moment à une seconde opération. On fit baigner l'enfant, et on lui donna un peu d'eau sucrée et de lait.

Le lendemain mercredi 17, je trouvai la petite malade encore plus faible, un peu jaune; le ventre commençait à se distendre, et il y avait déjà quelques vomissements, mais les extrémités étaient froides. En voyant l'état de prostration extrême de l'enfant, je ne songeai nullement à l'opérer.

Mais le lendemain jeudi, lorsque je vis que malgré cette faiblesse apparente il y avait une si grande résistance, bien que les vomissements fussent plus fréquents et de mauvaise nature, je pratiquai vers la fin du jour l'opération suivant la méthode de Littre.

Aidé par MM. Sottas et Fritz, internes de l'hôpital, je n'hésitai pas à choisir ce procédé, parce que, à ce moment, les anses intestinales étant distendues et même assez bien dessinées, je pus cette fois

sentir un cordon assez volumineux occupant la fosse iliaque gauche.

L'opération se fit facilement, et je tombai de suite sur l'anse intestinale que j'avais sentie ; elle était brunâtre, bien résistante, remplie de méconium. Après l'avoir saisie avec des pinces, je la traversai à ses deux extrémités avec une aiguille courbe garnie d'un fil double, puis, traversant ensuite les téguments, je fis tendre à droite et à gauche par les aides les extrémités des fils, de manière à faire saillir l'intestin. Lorsqu'il fut ainsi bien fixé, je fis une ponction avec une lancette et j'agrandis l'ouverture avec des ciseaux boutonnés. L'anse intestinale fut maintenue en place à l'aide d'une suture enchevillée. A l'instant même des gaz et une quantité considérable de méconium s'échappèrent par la plaie, et la tuméfaction et la douleur du ventre diminuèrent ; les cris de l'enfant, qui étaient très-faibles avant l'opération, reprirent de la force.

A dater de ce moment, il y eut un mieux réel ; l'enfant, qui ne voulait plus rien prendre, prit un peu de lait coupé. Le ventre ne parut plus douloureux à la pression ; il diminua de volume, et les matières s'écoulèrent librement.

J'ajouterai que pour faciliter leur sortie, immédiatement après l'opération, j'introduisis une sonde de femme dans le bout supérieur, et je fis deux ou trois petites injections d'eau tiède. Je voulus à ce moment chercher la direction du bout inférieur, mais je ne pus parvenir à donner à la sonde d'autre direction qu'une direction franchement transversale ; ce qui s'expliqua facilement lors de l'autopsie, dont je donnerai plus tard les détails. Malheureusement ce mieux qui avait été bien prononcé ne fut pas de longue durée ; l'enfant, qui était nourrie artificiellement, ce qui dans tous les cas d'opérations faites de très-bonne heure est toujours une circonstance des plus défavorables, s'affaiblit de plus en plus, et elle succomba au bout de quarante-huit heures.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Je prends la parole pour rapporter un fait semblable à celui de M. Marjolin, en ce qui concerne les divers incidents de l'opération.

Il y a deux mois, on m'amena une jeune fille ayant une imperforation de l'anus. A l'examen, entre les deux ischions, je constatai un bombement, au niveau duquel, pendant la toux, on sentait l'impulsion d'un corps arrondi ; je crus donc à l'existence d'une ampoule, et je la cherchai au moyen d'une incision.

Après l'incision, j'introduisis mon doigt pour m'assurer du point précis où siégeait cette dilatation ampullaire. Cela fait, au moyen

d'une pince à griffes, je cherchai à attirer en bas cette partie terminale de l'intestin ; mais je ne ramenai que la paroi postérieure du vagin, que je reconnus bientôt à son épaisseur et au passage du sang par la vulve. Comme il y avait urgence, vu le météorisme du ventre, je dus abandonner cette voie, et j'eus recours immédiatement à la méthode de Littre à gauche. Je réussis ainsi à trouver l'intestin, et à établir un anus artificiel. J'ai, du reste, employé plusieurs fois cette méthode avec un égal succès, tombant toujours sur l'intestin. Cette enfant a pu vivre encore trois jours.

A l'autopsie, qui malheureusement a été forcément pratiquée à la hâte, je n'ai pu m'assurer que du fait suivant : c'est que l'ampoule intestinale, qui terminait le bout supérieur, était très-développée et siégeait au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

M. TRÉLAT. Je voudrais adresser une question à M. Giraldès. Est-ce que l'enfant avait des traces d'anus?

M. GIRALDÈS. Oui, il existait un cul-de-sac à travers lequel le doigt sentait l'ampoule.

M. TRÉLAT. Le fait de M. Marjolin est très-intéressant, parce que lorsque l'intestin se termine dans les voies génitales chez la fille, il n'y a pas de traces d'anus au périnée. Ici, il y a donc une différence avec les cas que j'ai observés. Ce sont des faits semblables qui sont de beaucoup les plus difficiles à diagnostiquer.

En effet, dans ces circonstances, l'oblitération peut être valvulaire ou très-étendue, siéger tout à fait en bas ou plus haut, et même jusque vers la valvule iléo-cœcale, ainsi que l'a vu M. Depaul. Le cas de M. Marjolin ressemble beaucoup à celui que M. Rochard est venu nous communiquer il n'y a pas longtemps.

Il est évident qu'ici, ce qu'il y avait de mieux à faire, c'était l'établissement d'un anus par la méthode de Littre. M. Marjolin a opéré à gauche avec succès, mais je ne suis pas convaincu que cette opération n'eût pas réussi tout aussi bien à droite.

M. GUERSANT. Dans le manuel opératoire, il vient d'arriver à M. Marjolin ce qui m'est arrivé à moi-même, c'est de blesser le vagin. C'est pour éviter cet accident que, lorsqu'il s'agit d'une petite fille, je conseille de mettre une sonde dans le vagin, d'opérer un mouvement de bascule, en vertu duquel on refoule le vagin sous la symphyse pubienne. On l'éloigne ainsi du sacrum, et l'on évite plus facilement sa blessure. Je reconnais des avantages à ce précepte.

Chez le petit garçon, on obtient le même résultat en mettant la sonde dans l'urèthre et la vessie.

M. MARJOLIN. J'ai fait la dissection sur le cadavre, et l'examen des viscères semble me démontrer qu'il était impossible de réussir

en opérant dans la fosse iliaque droite. Toute cette fosse était, en effet, remplie par le paquet de l'intestin grêle.

M. TRÉLAT. Je défends le choix à droite dans les cas seulement où l'obstacle existe vers la valvule iléo-cœcale. Mon choix se base donc sur des raisons toutes différentes de celles qui guident MM. Giraldès et Huguier.

M. DEPAUL. Je trouve un grand intérêt dans l'observation de M. Marjolin, et c'est pour cela que je voudrais qu'il nous donnât quelques détails de plus. Ainsi, comment a été faite la première incision au périnée? Quelle étendue a-t-on donnée à cette incision? M. Verneuil a recommandé une incision de 3 centimètres; mais il est impossible de se conformer à ce précepte : il n'y a pas cette distance entre le vagin et le coccyx.

M. Marjolin a décrit une incurvation du gros intestin vers la symphyse sacro-iliaque droite, mais il ne nous a pas dit à quelle distance il a trouvé l'ampoule terminale de l'infundibulum anal. Comme la question est encore pendante entre la préférence à donner à l'incision périnéale et la méthode de Littre, il me semble qu'à ce point de vue ces détails auraient pu fournir quelques utiles éclaircissements.

M. MARJOLIN. L'enfant fut placé comme pour la taille; l'incision fut faite au périnée sur la ligne médiane en partant du vagin et se dirigeant en arrière vers le sacrum. Il n'y a pas eu incision des téguments, puisqu'il y avait un anus; après mon incision faite dans le fond du cul-de-sac anal, j'ai disséqué d'avant en arrière, ou des parties superficielles vers les parties profondes, en suivant la ligne médiane. Quant à la hauteur de l'incision, elle a été de 1 centimètre. Quant à la distance entre l'ampoule terminale et le fond du cul-de-sac, je l'ignore, puisque je n'ai pas encore fait la dissection.

AUTRE COMMUNICATION.

M. DOLBEAU lit l'observation suivante :

Fistule vésico-utéro-vaginale profonde guérie par la cautérisation avec le nitrate d'argent, le tamponnement du vagin avec l'amadou et la charpie, le tout aidé par le séjour d'une sonde de Syms maintenue en permanence dans la vessie.

L..., femme R..., âgée de trente-deux ans, est entrée le 16 août 1862, salle Sainte-Marthe, n° 33.

Cette malade est accouchée à la Ferté-Macé (Orne) le 20 juillet 1862, à l'aide du forceps. C'était une première grossesse; l'enfant, du sexe féminin, fort et bien constitué, fut amené vivant.

Le travail dura dix-neuf heures. Les eaux s'étaient rompues le 18 vers six heures du soir.

Le 20, vers deux heures du matin, les douleurs commencèrent, et l'accouchement ne fut terminé que le même jour vers sept heures du soir.

Six heures après l'accouchement, la malade urina seule et facilement.

Les suites de couches n'offrirent rien de particulier.

Le 9 août, c'est-à-dire vingt jours après l'accouchement, la femme R... revenait à Paris très-bien portante.

Le 12, elle s'aperçut d'un léger écoulement d'urine par le vagin. Ce symptôme était surtout évident pendant la station verticale.

Du 12 au 16, la malade, sans s'en préoccuper davantage, se livra à ses occupations. Cependant l'écoulement d'urine allait en augmentant; aussi la femme R... se présenta-t-elle à l'hôpital, où elle fut admise le même jour.

Le 18, le toucher vaginal fut pratiqué : il démontra que le vagin était normal, mais que la lèvre du col utérin était détruite, et que là devait être la fistule. Une sonde introduite dans la vessie donna issue à quelques gouttes d'urine; il était évident que toute l'urine sortait par le vagin. Du reste, pas de douleurs, mais absence du besoin de rendre les urines.

Le 20, la malade fut placée sur les genoux, la tête très-fléchie, de façon que le front s'appuyât sur lit; le spéculum de Syms fut introduit, et on constata directement l'état suivant :

Le vagin est rouge, baigné par de l'urine et du muco-pus. Vers le col, on remarque d'autres altérations; la lèvre postérieure est intacte, mais un peu gonflée; l'antérieure a été détruite, en sorte que la cavité du col se trouve à découvert dans l'étendue de 1 centimètre et demi. A la place de la lèvre antérieure, on trouve des sillons et des anfractuosités séparés par des mamelons irréguliers et d'un rouge vif. On y distingue spécialement une fente transversale curviligne, à concavité antérieure, composée de deux parties qui se réunissent vers le milieu de la surface malade. C'est de là que sort l'urine, c'est-à-dire dans la cavité même du col utérin. C'est là où l'on voit sourdre une injection laiteuse poussée dans la vessie sur le canal de l'urèthre.

L'exploration de la fistule est très-difficile à cause de la profondeur et de l'irrégularité du trajet. On hésite à augmenter par les recherches l'étendue d'une perforation de la vessie. Le diagnostic est d'ailleurs suffisant : il s'agit d'une fistule faisant communiquer le bas-fond de la vessie avec le vagin par l'intermédiaire du col de l'utérus.

L'utérus est revenu à ses dimensions normales. Les règles n'ont pas reparu depuis la couche.

Santé générale excellente.

Le peu de temps depuis lequel existe la fistule, la difficulté de remédier par une opération à une infirmité aussi grave, firent songer à tenter la cure par les moyens simples.

On soumit donc la malade au traitement suivant :

Demeurer couchée dans le décubitus dorsal, les jambes légèrement fléchies.

Garder à demeure la sonde de Syms.

Le 21 août, la sonde a causé de vives douleurs ; on a été dans l'obligation de l'enlever après neuf heures de séjour dans la vessie.

Le 23, on essaye de replacer l'instrument, qui est bien supporté jusqu'au 27. Ce même jour, la fistule et les parties environnantes sont cautérisées avec le nitrate d'argent ; on place un tampon dans le vagin ; la sonde est mise en place après avoir été nettoyée.

Le 27 et le 28 se passent très-bien ; l'urine sort continuellement par la sonde.

Le 29, la malade se plaint de constipation, et prend 20 grammes d'huile de ricin.

Le 30, nouvel examen ; la vaginite a cessé ; les bourgeons qui occupaient la place de la lèvre antérieure sont affaissés, leur coloration rouge est actuellement rosée ; l'urine ne semble plus couler dans le vagin. On place de nouveau un tampon et la sonde à demeure.

Le 4 septembre, la sonde, qui avait été bien supportée, tombe, le tampon sort du vagin. La malade se lève, éprouve le besoin d'uriner et accomplit la miction. Il ne semble pas quc l'urine sorte par le vagin. La sonde est mise en place.

Le 11, la malade rctire sa sonde qui est engorgée et qui occasionne de vives douleurs. Elle urine plusieurs fois sans sonde et sans perdre d'urine. On laisse la malade au repos ; on lui fait prendre un bain, et on l'engage à se sonder lorsque le besoin d'uriner se fera sentir.

Le 12, on constate que l'injection laiteuse poussée dans la vessie ne passe plus dans le vagin.

Le 18, la malade demande à sortir ; elle est, dit-elle, guérie depuis longtemps. On procède à un quatrième examen avec le spéculum de Syms.

Le vagin n'est plus enflammé ; la lèvre antérieure du col est remplacée par une cicatrice irrégulière, mais qui paraît solide. L'injection laiteuse poussée avec force ne pénètre plus dans le vagin, ce qui démontre l'occlusion de la fistule.

Le besoin d'uriner se présente toutes les trois ou quatre heures ;

la malade y satisfait facilement et sans douleurs. La santé générale est restée bonne. On laisse sortir la malade, en lui recommandant les soins de propreté et l'abstention des rapports sexuels.

DISCUSSION.

M. DANYAU. Il existe déjà dans la science des cas semblables. Pour ma part, j'en ai vu deux. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-cinq ans qui, ayant une présentation de la face, fut soumise par mon père à une application de forceps. Quand l'eschare tomba, il y eut une fistule vésico-vaginale. Je l'examinai alors, et la fistule était assez grande pour recevoir l'extrémité du doigt indicateur. Mon père m'engagea à mettre une sonde à demeure, et je tamponnai en même temps le vagin. Je me souviens même que l'urine laissait déposer sur les pièces du tamponnement une grande quantité de concrétions calculeuses. Je dus renoncer à ce tamponnement, et par la sonde seule je parvins à obtenir la guérison de la fistule.

Il y a une dizaine d'années, une femme du faubourg Montmartre fut soumise à l'application du forceps pour un cas semblable à celui dont je viens de parler. Une première application ayant été infructueuse, on en employa une seconde avec un insuccès égal, et l'on fut obligé, en définitive, de faire la céphalotripsie. Quoi qu'il en soit, il se déclara une fistule vésico-vaginale exactement semblable à la première. J'engageai le médecin ordinaire à mettre une sonde à demeure, et quelque temps après la fistule était guérie.

Enfin, il y a un an, un nouveau cas de guérison a été observé à la Maternité; M. Béraud pourra vous fournir des détails sur ce fait.

M. BÉRAUD. Pour répondre à l'appel qui m'est fait par M. Danyau, je vais ajouter quelques renseignements relatifs à ce dernier cas. Il s'agissait d'une femme primipare, très-petite, ayant le bassin rétréci et étant entrée à la Maternité vers le sixième mois de la grossesse. Il fut convenu que l'on chercherait à provoquer l'accouchement avant terme. Des douches utérines furent administrées sans succès, et la grossesse arriva à terme. On fut obligé de faire la version, d'appliquer le forceps sur la tête défléchie, le corps étant dehors. Cette application fut infructueuse, et c'est alors qu'on eut recours à la céphalotripsie.

Dix jours après l'accouchement je m'aperçus de l'existence d'une fistule vésico-vaginale située à la paroi antérieure du vagin, à un centimètre en avant du col utérin et sur la ligne médiane. Sa longueur était de 2 centimètres environ, et sa largeur d'un peu plus d'un centimètre. Sur l'avis de M. Danyau je plaçai une sonde à de-

meure. Chaque jour je visitais cette fistule et je pratiquais de temps en temps des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent ; je prescrivais en même temps des soins de propreté. Je vis la fistule se fermer de plus en plus d'une manière rapide, et elle était fermée complétement dix-huit jours après l'accouchement. J'ai pu m'assurer plus tard que la cicatrice était solide et que la malade conservait bien son urine. Du reste, si la Société le désire, je pourrai lui communiquer l'observation.

Ce fait démontre donc qu'il ne faut pas trop tôt désespérer de la guérison, et qu'il ne convient d'intervenir par une opération que lorsque les moyens simples sont impuissants, et cette intervention ne doit être faite qu'au bout d'un certain temps après l'accouchement.

M. BLOT. Je crois ce précepte bon ; il faut, en effet, tenter des moyens simples avant de recourir à une opération grave.

M. Nélaton a déjà insisté sur ce précepte. Je lui ai vu guérir une femme dont la fistule datait déjà de deux mois. Il fit même sur ce sujet une leçon tout entière pour développer ce précepte.

M. VERNEUIL. Je suis de l'avis de mes collègues sur l'opportunité de différer les opérations après l'accouchement. Il s'opère, en effet, après l'accouchement un travail de réparation des plus remarquables. Pénétré de la vérité de ce principe, j'ai même donné le nom d'*opérations prématurées* à ces opérations faites trop tôt après l'accouchement, ou après un insuccès.

Mais si j'accepte ce précepte, je ne puis m'empêcher de demander quel est le rôle de la sonde à demeure dans la cure des fistules vésico-vaginales. Je crois qu'elle ne sert pas à grand'chose, puisqu'elle ne peut empêcher que l'urine ne sorte par la fistule. J'ai vu en province, il y a quelques jours, une malade atteinte de perforation de la cloison vésico-vaginale, qui avait été constatée par deux médecins distingués et par M. Barrier (de Lyon). En sondant cette femme, la sonde passait de la vessie dans le vagin, où elle pouvait se sentir avec le bout du doigt. Elle était accouchée depuis six semaines. Lorsqu'on me la présenta, on m'assura que la fistule était facile à constater ; mais quand je voulus l'examiner, je ne pus reconnaître cette ouverture que par la présence de quelques bourgeons charnus rougeâtres. L'introduction d'une bougie ou d'une sonde dans l'intérieur de la vessie ne faisait pas arriver dans le vagin. Cela s'expliquait par le travail de cicatrisation spontanée qui s'était opéré. En effet, depuis trois ou quatre jours cette malade ne mouillait plus son lit, et la guérison s'était faite ainsi d'une manière spontanée, sans aucun traitement et surtout sans l'usage de la sonde.

Eu égard au fait de M. Dolbeau, je ferai une remarque ; c'est que la fistule siégeait près du col, et la lèvre antérieure de cet organe était même détruite. Or les cas que j'ai vus étaient semblables sous ce rapport. Ne serait-ce point là une condition favorable pour la cure spontanée ? On sait qu'alors il y a un long trajet, et par conséquent une agglutination plus facile. Lorsqu'au contraire les deux muqueuses sont séparées par peu de tissus, elles se soudent plus facilement, et le trajet est dès lors organisé, c'est-à-dire la fistule établie ; d'où une cure spontanée plus difficile.

M. MARJOLIN. Le fait de M. Nélaton rappelé par M. Blot est peut-être le même que celui que j'ai observé moi-même en 1845 à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale tellement grande que mon père avait peine à y croire, et ne se rendit à l'évidence qu'après que je lui eus dit que M. Nélaton l'avait vue comme moi. Mon père me conseilla d'employer la sonde à demeure, et la fistule se guérit ainsi très-promptement. Deux ans après, j'ai revu cette femme dans mon service ; elle a été aussi vue par M. Maisonneuve dans le sien. Elle avait une vaginite, mais la cicatrice restait solide; seulement le tissu inodulaire avait attiré le col de l'utérus très-fortement en avant vers la symphyse pubienne.

M. BLOT. C'était une autre malade, qui fut traitée par M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques.

M. DOLBEAU. C'est parce que j'avais entendu les leçons de M. Nélaton que je me suis empressé d'en faire l'application. Je n'avais pas trouvé d'observation dans la science, et il faut joindre la mienne à celle de M. le secrétaire.

Je ne crois pas, comme M. Verneuil, à l'inutilité de la sonde à demeure. Je sais qu'il professe cette opinion, en se basant sur son mémoire dans lequel il a voulu établir que les liquides excrétés n'empêchaient pas la cicatrisation des trajets qu'ils parcourent; mais je ne partage pas son opinion à cet égard. Je maintiens que la sonde doit être employée. A ce sujet, je ferai remarquer que la sonde dite de Syms, avec pertuis très-petits, me paraît avoir l'inconvénient de favoriser les incrustations sur ses orifices; d'où une oblitération très-prompte qui ne permet plus le passage de l'urine.

M. DEPAUL. J'ai vu quelques cas de guérison spontanée des fistules vésico-vaginales; je les rapporterai tout à l'heure. Quant à l'observation de M. Dolbeau, elle est intéressante ; mais il est regrettable qu'elle ne renferme pas de détails d'une grande importance. Ainsi, on ignore ce qui s'est passé pendant l'accouchement. Le travail n'a duré que dix-neuf heures ; pour une primipare, ce n'est pas trop long, c'est vrai, mais tout dépend de ce qui s'est passé. Un

travail de trente-six heures peut n'être pas trop long, si la tête n'a pas été continuellement en contact avec la cloison vésico-vaginale. M. Dolbeau nous dit que les membranes se sont rompues deux jours avant; mais où était la tête? exerçait-elle une compression continue ou intermittente? Nous ne savons rien de tout cela. Je sais très-bien que dix-neuf heures sont plus que suffisantes pour amener le résultat. Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces lacunes. Je crois, comme M. Verneuil, qu'il y a un grand nombre de guérisons spontanées de ces fistules. J'en ai déjà observé quatre exemples, dont un à la Clinique et trois en ville.

Dans une circonstance analogue, un semblable accident était survenu; c'était en ville. Je n'en parlai pas à la famille, pensant bien qu'il serait toujours temps de faire cet aveu. Je voulus essayer la sonde à demeure, mais elle ne fut pas supportée. Je l'enlevai, et cependant la guérison survint spontanément sans aucune cautérisation. Toutes ces fistules étaient variables quant à leur étendue; dans toutes, l'on pénétrait facilement dans la vessie au moyen du doigt introduit dans le vagin; dans toutes, j'ai observé le même siége, et sur ce dernier point le fait de M. Dolbeau laisse à désirer. Nous ne savons pas si la fistule était dans le cul-de-sac vaginal ou bien plus profondément. Y avait-il destruction de la lèvre antérieure? Cela n'est pas démontré.

M. DOLBEAU. La fistule était vésico-utéro-vaginale.

M. VERNEUIL. Dans les cas de guérison après l'accouchement, il y en a autant qui ont été obtenus avec la sonde que sans elle. Je reproche à la sonde de provoquer des douleurs. Quant à mon opinion, que les liquides excrétés n'empêchent pas la cicatrisation ou la réunion secondaire, je suis prêt à la soutenir. Si l'on peut se passer de la sonde, rejetons-la, puisque son usage a quelques inconvénients.

AUTRE COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC. Le malade qui fait le sujet de cette communication est encore dans mon service, et je me hâte de faire part à la Société du résultat d'une opération qu'il vient de subir, pour qu'on puisse le visiter si on le désire.

Il s'agit, en effet, de la cure d'un anévrysme de la crurale dans l'espace de sept heures. Cet anévrysme siégeait un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. La guérison a été constatée par plusieurs honorables collègues, parmi lesquels je citerai MM. Curling, Syms, Taylor, Hogdin. La compression a été faite à partir de midi, et à sept heures du soir la tumeur était condensée, sans battements; les

collatérales s'étaient développées en douze heures. La compression portait sur deux points; elle était faite avec les doigts, mais secondée par un petit sac de plomb qui rendait la manœuvre plus facile. Elle était faite alternativement sur la branche ilio-pubienne et sur les masses musculaires un peu au-dessous.

Comme dans le premier point la douleur était très-grande, on pouvait ainsi, par l'alternative, faire supporter une compression continue. Aujourd'hui on voit les collatérales battre, et l'on sent le pouls dans toutes les artères de la jambe et du pied. Dans le but de prévenir le retour des battements, et pour assurer la guérison, j'ai fait continuer la compression pendant encore vingt-quatre heures.

DISCUSSION.

M. MARJOLIN. Je suis très-heureux de constater cette guérison; car à une autre époque M. Chassaignac n'avait pas eu autant de confiance dans ce moyen lorsque je présentai un cas semblable. Je fis alors constater la guérison de mon malade par M. Vanzetti, qui était à Paris et avait vu le malade avant le traitement. M. Chassaignac a eu le même bonheur que moi, je l'en félicite; seulement, j'aurais voulu qu'il nous dît quelque chose sur l'étiologie.

M. CHASSAIGNAC. J'ai voulu seulement faire une indication. Je remettrai plus tard l'observation. Mais puisqu'on me le demande, je dirai la cause. Le malade s'était donné un coup de couteau en voulant couper une bruyère. Il s'ensuivit une hémorrhagie considérable à travers une petite plaie. On parvint à arrêter le sang, mais il resta une vaste ecchymose sans battements. Quand je vis le malade à l'hôpital, je présumai qu'il avait une plaie de l'artère crurale, et je lui prescrivis le repos complet au lit. Le septième jour de son séjour à l'hôpital, et le quinzième de la lésion, on constata tout d'un coup les caractères de l'anévrysme faux primitif circonscrit.

M. MARJOLIN. Pendant la compression, y a-t-il eu des vertiges, une céphalalgie intense? C'est là un fait capital; car tous les malades de M. Vanzetti qui ont éprouvé ces accidents ont guéri.

M. CHASSAIGNAC. Le malade a accusé des douleurs très-vives à deux reprises différentes, mais il n'a pas eu de céphalalgie; il a même fini par s'endormir pendant la compression.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 1er octobre 1862.

Présidence de M. Chassaignac.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine : le *Journal de médecine de Bordeaux* et le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure ;*

2° Un exposé des différents cas de prothèse buccale, par M. Préterre ;

3° Un mémoire imprimé en allemand sur l'opération des fistules vésico-vaginales, par M. le docteur Gustave Simon, professeur de chirurgie à Rostock ;

4° Une lettre de M. le docteur Bœckel, agrégé de chirurgie et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, accompagnée :

1. D'un Mémoire imprimé sur la périostite phlegmoneuse;

2. D'un Mémoire sur les sutures multisériées ;

3. D'une thèse de M. Fricot, élève du service de santé militaire, sur l'opération du bec-de-lièvre par le procédé de M. Bœckel.

M. Bœckel demande à être inscrit sur la liste des membres correspondants de la Société de chirurgie. (Commissaires : MM. Marjolin, Verneuil et Blot.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Letenneur (de Nantes), Borelli (de Turin), Bouisson (de Montpellier), correspondants de la Société de chirurgie, assistent à la séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. MARJOLIN. Dans la dernière séance, M. Guersant a conseillé chez les petites filles l'usage d'une sonde pour prévenir la blessure du vagin pendant l'opération d'un anus périnéal. Mais ce moyen me paraît avoir un inconvénient grave, c'est de gêner considérablement la manœuvre opératoire. En outre, cette sonde, placée dans l'urèthre, ne remédie pas du tout à la blessure, parce qu'en opérant dans une région profonde plus on écarte avec les doigts ou avec un spécu-

lum, plus on fait saillir la muqueuse ou la cloison recto-vaginale, et plus on s'expose à la perforer.

Je crois que l'on pourrait remédier à cet inconvénient avec plus d'avantages en saisissant la muqueuse vaginale avec un crochet qui l'attirerait en avant, et serait maintenue ainsi par un aide pendant toute la durée de l'opération.

M. GUERSANT. Je ne fais pas placer la sonde dans l'urèthre chez la petite fille, mais dans le vagin, et je reconnais à cette manœuvre cet autre avantage que pendant l'opération le chirurgien sent avec le doigt ce corps étranger, et se guide sur cette sensation pour s'éloigner de la muqueuse vaginale.

COMMUNICATION.

M. BAUCHET. J'ai l'honneur de présenter à la Société une jeune fille à laquelle je dois pratiquer une opération. C'est une petite Syrienne ; elle est venue à Paris pour se faire opérer, et est placée dans les salles de M. Velpeau, qui m'a confié son service pour quelques jours.

Cette jeune fille, âgée d'une douzaine d'années, ne sait pas un mot de français, et voici les renseignements que j'ai obtenus par l'interprète :

Elle a eu, il y a six ou sept mois, une maladie grave, probablement une fièvre typhoïde. Au moment de la convalescence, sa joue gauche se gonfla tout à coup, devint rouge, d'un rouge violacé, noirâtre ; bref, elle fut atteinte d'une gangrène de cette région. Elle a perdu la commissure gauche et une bonne partie de la joue. Au moment où s'est fait le travail de réparation, une bride s'est établie entre la mâchoire inférieure et la mâchoire supérieure ; petit à petit les dents se rapprochèrent, et aujourd'hui nous constatons les désordres suivants :

Au point où devrait exister la commissure labiale gauche, existe une perte de substance, un hiatus un peu plus large qu'une pièce de 2 francs. Par cet hiatus, on aperçoit les dents, et surtout les deux canines supérieure et inférieure. Les bords de cette perforation sont indurés ; le bord inférieur adhère au maxillaire inférieur, le supérieur au maxillaire correspondant. La partie externe, correspondant à peu près à la deuxième petite molaire, est indurée, et forme le bord antérieur de la bride que j'ai indiquée plus haut. Au niveau de cette bride, on a vu, au moment de l'entrée de la petite malade à l'hôpital, des portions des maxillaires (supérieur et inférieur) nécrosées. Les dents et les séquestres ont été enlevés. C'est par ce point que

l'on peut introduire le petit doigt pour explorer la bride, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Les deux mâchoires sont serrées, les dents inférieures sont engagées sous les supérieures, et il est impossible de leur faire exécuter le moindre mouvement, de glisser entre elles même le corps le plus mince. Il existe pourtant quelques mouvements de latéralité, mais très-faibles et très-peu appréciables. Les deux arcades dentaires sont solidement maintenues l'une contre l'autre par la bride cicatricielle.

Cette bride, en haut, adhère au maxillaire supérieur, en bas à l'inférieur. En arrière, elle s'avance jusqu'à la commissure gingivale qui existe au fond du vestibule buccal; mais cette commissure est respectée. Lorsqu'on introduit le petit doigt sous la bride, on sent qu'elle est dure, comme ligneuse, d'une résistance telle qu'on ne peut la faire céder.

Le pourtour de la perforation est rosé, et la cicatrisation n'est pas encore tout à fait complète.

La peau est saine, adhérente aux bords de la perforation, mais glisse légèrement sur le tissu de cicatrice qu'elle recouvre.

Cette petite fille arrive de Syrie, et son père et elle aspirent après le moment de retourner dans leur pays. Ils ne peuvent pas séjourner longtemps à Paris.

J'avais d'abord songé à faire la section de la bride, et à exciser même une portion du tissu inodulaire. Mais c'est une opération qui le plus souvent est inutile, qui exige un traitement long, difficile, très-douloureux, et tout cela pour arriver à une récidive inévitable au bout d'un temps plus ou moins long, au bout de plusieurs mois et même de plus d'une année, ainsi que le prouvent les observations relatées dans le mémoire de M. Esmarch, traduit par M. Verneuil (*Archives de médecine*, 1860).

Nous n'avons pas affaire ici à une ankylose des articulations temporo-maxillaires, mais à une immobilité des mâchoires tenant à la bride. Couper la bride, c'est l'indication qui se présente d'abord; mais, dans les conditions particulières où est cette enfant, peut-on la renvoyer en Syrie après avoir subi une telle opération? Et la restauration, quand pourra-t-on la faire? La bride coupée, si l'on bouche l'hiatus de la joue, la cicatrisation se fera vite dans le tissu inodulaire, et comment empêcher ce travail si l'on fait une restauration?

Dans ces conditions, j'ai pensé à l'opération proposée par M. Esmarch. J'ai donc l'intention de pratiquer une incision le long du bord du maxillaire inférieur, de couper cet os au niveau du bord antérieur de la bride, de détacher cette bride, de couper le maxillaire à un

centimètre plus en arrière, de façon à enlever au moins un centimètre de cet os, pour établir une fausse articulation et empêcher plus sûrement la soudure des deux bouts coupés. Cela fait, la mâchoire s'ouvrira immédiatement. Je procéderai ensuite à la restauration ; je prolongerai mon incision vers la lèvre inférieure, et je me servirai de ce lambeau pour couvrir la perte de substance.

J'espère ainsi obtenir un résultat durable et pouvoir renvoyer cette jeune fille à l'abri d'une récidive. J'ai, du reste, pour appui les faits relatés par M. Esmarch.

Je rendrai compte ultérieurement du résultat que j'aurai obtenu.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je pense que dans ce cas il serait bon d'avoir recours aux procédés anciens. En effet, si le toucher fait connaître l'existence d'une bride très-forte et très-résistante s'étendant en arrière, il me semble aussi que cette bride est peu épaisse et que tous les autres points sont souples. Je crois donc que la simple section des brides pourrait ici avoir un bon résultat.

Certainement le massif fibreux qui unit les deux maxillaires est sous forme d'un ligament assez épais, mais il faut reconnaître aussi que la muqueuse buccale qui forme le cul-de-sac géno-maxillaire est parfaitement saine, ce qui nous fait moins redouter une récidive. Si ce cul-de-sac était détruit, j'aurais beaucoup moins d'espérance dans la réussite d'une simple section. Ainsi, pour me résumer en ce qui regarde cette jeune fille, je conseille une simple section et un traitement consécutif bien organisé.

Cette conduite m'a bien réussi dans le cas suivant :

M. Vieland me montra en février 1862 une jeune fille de Béthune qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, avait pris du calomel et avait eu une stomatite effroyable, suivie d'une gangrène de la bouche ayant amené la fausse ankylose des mâchoires. Nous trouvâmes, à un centimètre en arrière de chaque commissure labiale, une résistance en quelque sorte osseuse, tellement prononcée qu'au premier abord je crus qu'il y avait des stalactites osseuses entre les deux maxillaires, comme on en avait déjà vu.

Il y avait chevauchement des dents, aucune d'elles ne manquait ; les deux culs-de-sac du vestibule buccal étaient effacés. On ne faisait qu'entrevoir les premières molaires, un peu de mobilité persistait dans le maxillaire inférieur. Tout cela paraissait très-défavorable, et comme il y avait ankylose bilatérale, nous n'avions pas beaucoup à compter sur une double section de l'os ; elle devenait inutile, infructueuse. Le père de cette fille, vétérinaire intelligent, avait arraché

quelques-unes des dents de la première dentition, pour permettre l'introduction des liquides.

La deuxième dentition se faisait, mais des douleurs atroces nous forçaient d'intervenir promptement. Je me décidai alors à faire la section pure et simple des cicatrices, tout en cherchant à savoir s'il n'y avait pas un côté plus mobile que l'autre, afin que plus tard, si cette section était suivie de récidive, il me fût possible de faire une pseudarthrose de ce côté. Je fus assisté dans cette opération par M. Vieland et par un étudiant en médecine. Avec de forts ciseaux, je fis la section des brides, et j'obtins immédiatement un écartement de trois centimètres. Alors je reconnus que les adhérences étaient étendues d'un os à l'autre, mais que le fond du cul-de-sac géno-maxillaire était moins altéré que je ne l'avais cru à mon premier examen. Cela me donna quelque espoir, et j'eus soin d'inciser la bride très-profondément, faisant arriver mon bistouri jusque sous la peau de la joue. Comme toujours, il s'écoula beaucoup de sang, quoiqu'il n'y eût pas d'artère blessée, mais la glace et la compression nous suffirent pour arrêter cette hémorrhagie.

La petite fille tira la langue après cette opération. Nous prescrivîmes des injections froides, nous ne plaçâmes aucun appareil, et nous nous contentâmes de recommander au père de passer trois fois par jour le petit doigt entre la joue et les mâchoires, pour empêcher des adhérences. Quant au traitement consécutif, je ne crus pas devoir recourir aux corps étrangers placés à demeure, parce qu'ils sont mal supportés.

Pendant quinze jours, je me contentai de passer le doigt entre la joue et la mâchoire, de le retirer en crochet pour tirailler ainsi la joue et combattre la rétraction en même temps que les adhérences. J'instruisis le père à répéter tous les soirs la même manœuvre, en ayant soin de placer ensuite, entre les maxillaires et la joue, un morceau d'éponge préparée, qui était enlevé dès qu'il survenait de la douleur et de l'inflammation. Ces derniers accidents étaient combattus par des émollients. Pour prévenir la rétraction, je fis fabriquer une sorte de petit forceps, que je plaçai fermé dans la cavité buccale et que l'on retirait graduellement en l'ouvrant de plus en plus. Les joues étaient ainsi dilatées et le tissu inodulaire était distendu. Deux ou trois séances d'une demi-heure étaient faites chaque jour. J'ai pratiqué cette opération il y a six semaines, je viens de recevoir des nouvelles de l'enfant.

Elle a conservé un écartement de deux centimètres ; elle mange, boit et parle bien ; la face interne des joues offre peu de cicatrices, les sillons géno-maxillaires sont encore comblés. En définitive, j'ai

obtenu là un assez beau résultat sans résection de la mâchoire, et je le soumets à l'appréciation de M. Bauchet.

M. GUERSANT. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs fois de ces fausses ankyloses des mâchoires à l'hôpital des Enfants. Quand je me suis borné à inciser les brides, j'ai bien obtenu un écartement des mâchoires, mais la récidive est toujours survenue. Dans deux cas analogues à celui dont vient de parler M. Verneuil, je me suis bien trouvé d'avoir excisé les brides au moyen de forts ciseaux. Quand, à la suite de cette excision, les accidents inflammatoires cessent, j'emploie avec beaucoup d'avantage des plaques en baleine en forme de pincettes, pour dilater. J'ai eu recours aussi dans ce but à des billes d'agate, que je faisais mettre entre la joue et les mâchoires, au fond du cul-de-sac géno-maxillaire. Quant au cas présenté par M. Bauchet, je serais d'avis qu'il fût soumis d'abord à la simple excision, avec un traitement consécutif méthodique. Si plus tard une récidive se déclare, on aura le droit de faire la résection de la mâchoire. Je suis d'autant plus porté à conseiller cette conduite, que jusqu'ici aucun traitement n'a été employé.

M. BAUCHET. J'ai trouvé chez ma malade une bride très-résistante et très-étendue et occupant toute la joue, excepté la commissure du fond du vestibule buccal. Cette bride ne date, du reste, que de six mois. Ma première idée a été, en effet, de faire une section simple de cette bride ; mais pour d'autres motifs que je vais exposer, j'ai cru devoir mieux faire en proposant la résection de l'os.

Cette fille est de Syrie, elle n'a qu'un temps très-limité pour rester à Paris ; elle veut partir dans un bref délai ; si je ne pratiquais que la section des brides, comme du reste cela a été fait dans deux cas cités dans le travail d'Esmarch, et s'il y avait ensuite récidive comme dans ces deux derniers cas, j'aurais fait une opération inutile, et cette jeune fille n'aurait pu profiter de son voyage à Paris.

Si M. Verneuil a réussi par une simple section, c'est que la bride était moins large que chez ma malade. Dans mon cas, il faut que je fasse une restauration tout en cherchant à rétablir les mouvements des mâchoires. Il fallait donc instituer une opération qui répondît à cette double indication. Une simple section me paraissait insuffisante, tout en me faisant redouter une récidive presque certaine. Or, avec une récidive, je me trouvais plus tard dans des conditions plus graves que celles dans lesquelles je me trouve aujourd'hui. Du reste, je ne demande pas mieux que de me conformer à l'avis général de la Société.

M. BORELLI. Je demande à relater quelques faits personnels qui pourront fournir quelques éclaircissements dans cette discussion.

J'ai fait deux fois la section de brides dans des circonstances encore plus défavorables que celles de la malade de M. Verneuil. Dans ma première opération, j'avais à traiter un jeune garçon âgé de dix-huit ans, et dans ma seconde il s'agissait d'un soldat ayant fait les dernières campagnes d'Italie et ayant été atteint d'une violente stomatite mercurielle, à la suite de laquelle des brides intermaxillaires s'étaient établies. Dans ces deux cas, les brides avaient une grando largeur, s'étendant depuis la commissure labiale jusqu'à l'isthme du gosier de chaque côté. J'ai opéré le premier malade avec beaucoup de succès. Le second malade était à l'hôpital Saint-Maurice de Turin, et je le soumis à la même opération avec d'autant plus de confiance que j'avais déjà réussi une première fois. Quant au manuel opératoire, j'ai suivi celui que M. Verneuil vient de nous rappeler ; je n'ai cependant pas employé comme lui les éponges et le forceps pour dilater.

Voici, en effet, comment j'ai procédé. Au niveau de la ligne interdentaire, j'ai fait l'incision des brides ; je me suis ouvert peu à peu un chemin, et à mesure que je m'avançais vers le fond de la bouche, je voyais que l'écartement des mâchoires devenait plus grand. J'étais très-satisfait de ce résultat, parce que j'avais la preuve qu'il n'y avait pas d'autre obstacle à l'écartement. Dans une de mes opérations je suis allé très-loin dans la section de la bride, si bien que j'ai été obligé de m'arrêter, de peur de blesser la carotide ; ces conditions défavorables ne m'ont pas empêché d'obtenir une cicatrisation complète sans récidive. Pour inciser, je me suis servi d'abord du bistouri pointu, puis du bistouri convexe. J'ai pratiqué uno excision de la bride avec de forts ciseaux. Après cette ablation faite des deux côtés, j'ai vu se manifester une perte de sang considérable que j'ai combattue en plaçant dans la bouche un tampon de charpie imbibé d'eau à la glace : cela a suffi pour arrêter l'hémorrhagie et pour modérer le travail inflammatoire. Pendant les quinze premiers jours je me suis contenté de ce moyen simple, parce que je n'avais pas encore à redouter la rétraction. A partir de ce moment et pour empêcher la récidive, j'ai employé d'autres moyens. Ainsi je bourrais de charpie la rainure géno-maxillaire ; puis je faisais des tractions sur le tissu inodulaire, et plus tard je plaçais dans cette rainure un morceau de bois en bec de flûte que je retirais dès qu'il y avait de la douleur, pour le remettre ensuite, renouvelant cette manœuvre une vingtaine de fois dans la même journée.

En outre, pour prévenir le rapprochement des arcades dentaires, j'introduisais entre les dents une sorte de levier cunéiforme, qui en opérait l'écartement. En trois mois, je suis ainsi parvenu à obtenir une cicatrico assez longue pour permettre l'écartement des mâchoi-

res. Dans le cas le plus grave, au bout de six ans, j'ai été obligé de faire la section de la bride, parce que l'écartement n'était plus tout à fait aussi considérable que dans les premières années. Ainsi voilà deux cas de guérison par la simple section, de sorte qu'il m'est permis d'avoir confiance dans le succès d'une opération semblable pratiquée chez la malade de M. Bauchet.

M. VERNEUIL. J'ai eu l'honneur de suppléer M. Guersant à l'hôpital des Enfants, où comme lui j'ai trouvé des brides intermaxillaires. Or, d'après mes observations, je dois dire que j'ai peu de confiance dans les moyens qu'il vante, tels que les billes, les appareils, les coins de bois, les plaques à vis, etc.

Chez les enfants on ne trouve pas toujours toute la docilité et toute l'intelligence qu'il faut pour employer avec méthode et persévérance ces divers moyens; j'ajouterai que tous les appareils provoquent des douleurs assez vives.

M. Bauchet a invoqué le motif qu'il fallait aller vite; mais, même en faisant une simple section, je ne crois pas à une guérison prompte. Si M. Bauchet emploie la résection, il faudra qu'il opère en deux temps, et dans quelques conditions qu'il se mette, il lui faudra toujours instituer un traitement consécutif, sur lequel ont beaucoup insisté avec raison MM. Rizzoli et Esmarch. Or ce traitement réclame encore au moins six semaines. Quant à la restauration de la commissure labiale, elle demande deux mois au moins. Chez la malade de M. Bauchet, la bride s'étend loin, je le reconnais, mais elle est dans les parties molles de la joue, et par conséquent plus facile à détruire. Nous n'avons pas ici ces liens, ces massifs fibreux intermaxillaires, si redoutables et si rebelles à tout traitement. Quant aux coins interposés entre les dents, ils ne réussissent pas; M. Borelli en a parlé.

J'ai vu un blessé de l'armée de Crimée qui a montré un grand courage. Affecté d'une rétraction des mâchoires, on lui fit la section des brides; il voulut combattre le rapprochement des mâchoires par des coins en bois; il y mit une persévérance étonnante; il alla jusqu'à ébranler toutes les dents, et il n'obtint rien. Quant à l'étendue à donner aux incisions du tissu inodulaire et aux corps étrangers dilatateurs, je crois qu'il y aurait là matière à discussion.

M. GUERSANT. J'insiste sur la nécessité de ne pas faire d'emblée la résection de la mâchoire chez la malade présentée par M. Bauchet. Il faut tenir compte des individualités et de l'âge; il est très-vrai qu'on a à craindre une récidive; mais en considérant que cette fille a quinze ou seize ans, on a plus de chances de réussite en coupant

simplement la bride, parce qu'à cet âge les enfants sont plus raisonnables et peuvent mieux être surveillés par les parents.

Quant aux moyens que j'ai préconisés pour empêcher la rétraction, je les crois bons quand ils sont bien employés, et je remarque qu'ils ont réussi à M. Borelli.

Il ne faut pas que M. Bauchet s'imagine qu'il ne gardera pas longtemps son opérée; le traitement consécutif est toujours très-long; il faut donc qu'il engage sa malade à séjourner à Paris.

M. BAUCHET. Je ne veux pas faire une opération et renvoyer l'opérée immédiatement, sans m'occuper du traitement ultérieur. Mais si j'opère maintenant par la simple section, il me faut trois mois de traitement. Si j'échoue, il me faudra encore trois autres mois pour une opération plus radicale. Voilà ce que j'ai calculé. En outre, en faisant la section simple, je n'aurai pas remédié à la difformité de la bouche; il sera donc nécessaire que je pratique une seconde opération. J'avais donc pris le parti d'arriver directement à une opération que je crois inévitable; mais, je le répète, je suis prêt à accepter l'opinion de mes collègues.

M. MARJOLIN. Il n'y a pas parité entre mon opérée et la malade de M. Bauchet. Je me trouvais en face d'un cas plus défavorable pour la dilatation : toute la joue manquait, et à sa place il y avait un hiatus avec plicatures des bords, s'irradiant sur les deux maxillaires, de sorte que les mouvements étaient très-limités.

Si j'avais à traiter la malade de M. Bauchet, j'enlèverais les cicatrices avant de réséquer. Il ne faut pas oublier que cette dernière opération est toujours grave.

Avant d'entreprendre cette résection, il me paraît convenable d'essayer une opération plus simple.

Quant à la question du temps accordé à cette fille pour séjourner à Paris, elle ne doit point nous regarder.

M. BAUCHET. Ce qui me portait à proposer d'emblée la résection du maxillaire, c'est la perspective d'une récidive, si fréquente lorsqu'on se contente de couper les brides.

En faveur de cette simple section, je n'ai trouvé aucun cas dans la science pour m'y appuyer. Aujourd'hui M. Verneuil nous apporte un cas, M. Borelli deux. Voilà tout ce que nous possédons pour nous guider. Quant aux autres observations antérieures, si mal prises, elles nous fournissent des données si incertaines, qu'il ne faut plus en tenir compte. M. Borelli nous a cité un cas qui n'a pas de récidive après trois ans; mais je lui ferai remarquer qu'avec la section simple des brides, M. Esmarch a vu une récidive au bout de six ans.

M. GUERSANT. Je reconnais que la récidive arrive dans le plus grand nombre de cas. Aussi, je continue les moyens préventifs bien au delà de six mois. J'agis, après cette section, comme pour les brûlures profondes. J'emploie pendant longtemps tout ce qui est à ma disposition pour combattre la rétraction. Ainsi, il y a quatre ans, j'ai opéré un enfant pour des brides de brûlures ; j'ai eu recours à certains moyens pour prévenir la rétraction, et ce n'est que depuis quelques mois seulement que j'ai cessé d'employer ces moyens.

M. CHASSAIGNAC. J'ai déjà pratiqué un certain nombre de fois la section de brides, et j'ai obtenu des résultats assez satisfaisants ; aussi j'avais donné à M. Bauchet le conseil de suivre cette pratique. En thèse générale, on ne doit jamais tenter la résection sans avoir essayé du résultat fourni par la simple section de la bride. Cette section nous donne souvent le moyen de compléter notre diagnostic. Il n'y a pas, en effet, que l'ankylose de la mâchoire ou des cicatrices énormes qui exigent la résection de cet os. J'ai vu des cas où l'écartement des mâchoires était impossible, et qui ont été guéris par la section seule. L'excision des tissus cicatriciels faite par M. Borelli et recommandée par lui me paraît excellente. Quand M. Marjolin a présenté sa malade, je lui ai donné le même conseil que je donne aujourd'hui à M. Bauchet, c'est-à-dire sectionner d'abord pour compléter le diagnostic, et réséquer ensuite, si cela est nécessaire.

M. VERNEUIL. Je ne suis pas de l'avis de M. Chassaignac sur ce dernier point. Ainsi, dans le cas de M. Marjolin, la section simple des brides était mauvaise. Il y a des cas où cette section conduit à un insuccès inévitable, et puis, il faut le dire, elle n'est pas tout à fait inoffensive. Elle expose parfois à des hémorrhagies, soit primitives, soit consécutives ; elle peut être suivie d'un gonflement énorme des joues, de fièvre très-intense. Le cas de M. Bauchet est le premier qui me paraisse favorable à une simple section des brides.

M. BAUCHET. Je crains beaucoup la récidive dans deux ou trois mois en faisant cette seule section, et c'est pour cela que j'ai proposé la résection de la mâchoire d'emblée. Je tiendrai grand compte des avis de la Société, et je pense que je ferai cette section simple.

M. CHASSAIGNAC. Le principe est celui-ci : c'est qu'il faut sectionner les brides d'abord, et réséquer après, si on échoue. Quant à M. Bauchet, il se trouve dans des conditions spéciales dont il faut tenir compte. Je ne crois pas qu'il soit indifférent de faire la section simple ou l'excision d'une bride. La première opération est suivie d'une prompte guérison, tandis que la seconde amène quelquefois des accidents sérieux. Quand on fait la résection de la mâchoire,

n'est-on pas obligé de faire la section des brides si on veut ramener les mouvements ?

M. VERNEUIL. On doit faire la section de l'os en avant de la bride cicatricielle. Pour gagner seulement un centimètre, je trouve mauvais que l'on coupe l'os en pleine cicatrice.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 8 octobre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. le président annonce que M. le docteur Bertherand, chirurgien en chef de l'hôpital du Dey, à Alger, membre correspondant, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Brun-Séchaud, *Observation sur les causes du suicide,* Limoges, 1862, in-8°.

Edm. de Schacken, *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy en* 1860-1861 ; Nancy, 1862, in-8°.

M. Velpeau dépose sur le bureau, de la part de M. Luigi Ciniselli (de Crémone), les deux brochures suivantes :

1° *Dell' azione chimica dell' elettrico sopra i tessuti organici viventi;* Crémone, 1862, in-8°.

2° *Apparato elettro-motore a forza costante, adatto ad usi medici,* etc.; Milan, 1862, in-8°.

COMMUNICATION.

M. VELPEAU remet une note, au nom de M. Ciniselli, dans laquelle cet auteur fait lui-même le résumé des deux mémoires qu'il vient d'adresser à la Société.

1° De l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants et de ses applications à la thérapeutique.

Des trois effets, physiologiques, calorifiques, chimiques, que le courant électrique manifeste sur les animaux vivants, il n'y a que ces derniers qui ne soient pas précisément distingués dans leur cause pro-

ductrice, de sorte que l'action chimique n'a pu être l'objet jusqu'ici d'aucune application méthodique. Distinguer des autres les effets de l'action chimique et en tirer des déductions utiles pour la pratique, tel est le but que je me suis proposé.

Le courant électrique traversant les tissus organiques, dans des circonstances données, produit aux points de contact avec les électrodes appliqués séparément des altérations qui peuvent varier de la rubéfaction simple au détachement de l'épiderme, à la mortification, réduisant les tissus en eschares semblables aux eschares produites par les caustiques potentiels. De ces effets on a cherché la cause dans l'une ou dans l'autre des trois manières d'agir de l'électricité dynamique, sans en déterminer une précise.

Bien que quelquefois la manifestation de ces effets soit accompagnée des phénomènes d'exaltation vitale, ils manquent sous l'action des appareils les plus propres à l'éveiller, tandis qu'on les voit sous l'action d'appareils presque dépourvus d'action physiologique. Cette action n'a aucune part dans la formation des altérations susdites.

Quant aux effets de la chaleur électrique, ils ont des caractères bien différents de ces altérations. On ne les obtient que par des appareils particuliers et à condition que les deux conducteurs se touchent entre eux, ou qu'ils soient réunis par un fil d'un autre métal moins conducteur. Ils peuvent se manifester aussi en appliquant les réophores séparément; mais alors ils arrivent après les altérations susdites, parce que c'est par l'effet des réactions chimiques que la chaleur se développe, observation importante pour distinguer la cause des altérations.

Les altérations dont il est question sont toujours l'effet des actions chimiques du courant; ses agents sont les acides animaux qui se portent au pôle positif, et les alcalis qui se portent au négatif. Cela est démontré par les lois chimiques, donc l'électricité déploie son action sur tous les électrolytes. En effet, pour obtenir les altérations susdites, il faut le concours de toutes les circonstances favorables à l'électrolyse: savoir, l'application des électrodes, la manière de faire agir le courant.

L'altération des tissus s'effectue avec la manifestation de phénomènes chimiques tels que développement de gaz et d'humeurs de caractère acide du côté du pôle positif, alcalin du côté du négatif. Ces altérations mêmes prouvent la nature des principes générateurs ayant beaucoup d'analogie avec les altérations produites par les acides et les alcalis concentrés. Pour prouver la nature chimique de ces phénomènes, s'ajoute l'action que les acides naissants exercent sur les métaux oxydables dont les électrodes sont composés, épargnant les

tissus organiques. Ces effets sont démontrés par des expériences sur les animaux et sur le cadavre, ainsi que par des observations cliniques.

L'application de deux lames de différents métaux, unies par un fil conducteur, parmi lesquelles les tissus animaux remplissent les mêmes fonctions que le conducteur humide d'un couple électro-moteur, est suivie des mêmes effets que par l'usage de la pile, accompagnés de phénomènes d'irritation dus à l'action locale des agents de cautérisation.

Depuis l'invention de la pile jusqu'à nos jours, l'action chimique de l'électricité a été mise en usage dans la thérapeutique; ses effets se présentèrent aussi maintes fois comme accident d'applications différentes. Les observations relatives éparses dans les traités de physique des applications de l'électricité à la thérapeutique sont données sans explication, ou les effets obtenus sont attribués à l'exaltation vitale ou à l'action de la chaleur électrique. L'action chimique n'a été regardée que comme moyen de coagulation des humeurs animales. L'électricité, comme moyen cautérisant, n'a été considérée que dans l'action calorifique. Ces considérations nous autorisent à distinguer la galvanocaustique selon ses effets calorifiques et chimiques, ainsi que je l'ai annoncé dès 1860 à la Société de chirurgie.

La connaissance de l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants n'est pas limitée à l'application méthodique de la galvanocaustique chimique; elle nous apprend à perfectionner les applications qui sont le plus en usage, en épargnant des accidents redoutables, qui ont fait oublier beaucoup des avantages déjà obtenus dans la pratique.

En comparant la galvanocaustique chimique avec les autres moyens de cautérisation, on doit conclure que celle-ci, d'un emploi plus facile, plus étendu et plus sûr, peut être substituée à la galvanocaustique thermique, ainsi que les caustiques chimiques sont généralement substitués au caustique actuel; qu'aidée de l'acupuncture elle donne des cautérisations profondes et limitées plus que tout autre moyen de cautérisation; que ses effets, plus prompts que les effets des caustiques chimiques, permettent l'usage des anesthésiques et préviennent les dangers qui peuvent arriver par l'usage des caustiques chimiques.

L'utilité de la galvanocaustique chimique ne doit pas se borner aux applications thérapeutiques; un grand avenir lui est réservé dans les sciences chimiques. Par elle, on arrive déjà à séparer des animaux vivants des principes qui entrent dans leur composition; ils peuvent être examinés chimiquement dans l'état naissant comme dans leur com-

binaison avec les métaux des électrodes. Pourtant la galvanocaustique chimique, offrant un moyen d'analyse chimique de certains principes des humeurs et des tissus organiques vivants, peut donner lieu à des recherches nouvelles et intéressantes, qui pourront conduire à mieux connaître les composants des êtres organisés, tandis que jusqu'ici ils n'ont été l'objet des recherches chimiques que lorsqu'ils sont privés de la vie.

2° *Appareil électro-moteur à force constante, propre à l'usage médical et aux opérations chimiques.*

L'usage de la pile de Volta n'a jamais été oublié par les physiologistes et par les médecins, vis-à-vis des nombreux appareils qui semblaient préférables. Cependant la pile a des inconvénients que j'ai tâché de corriger par mon appareil, dont les couples peuvent être disposés comme dans la pile à auges et comme dans la pile de Wollaston. Lo liquide excitateur dont est arrosée une couche de papier interposée aux éléments se change continuellement. C'est à cela qu'on doit la constance du courant, qui est supérieure à celle des autres piles dites à force constante. Cet appareil n'a pas besoin d'être poli ; il est toujours prêt à agir aussitôt qu'il est humecté par le liquide excitateur. Son activité dure jusqu'à ce que la lame zinc soit consommée. Cet appareil est propre plus que tout autre à l'application du courant continu.

AUTRE COMMUNICATION.

Anévrysme de la fémorale. — Compression digitale. — Guérison en sept heures. — M. CHASSAIGNAC présente le malade dont il a parlé dans une précédente séance, et qu'il a guéri d'un anévrysme faux consécutif de la fémorale au moyen de la compression dans l'espace de sept heures. Après avoir rappelé succinctement tout ce que ce malade lui a offert de plus curieux, il remet l'observation suivante recueillie par M. Dodeuil, interne du service :

Claude J..., menuisier, âgé de trente-huit ans, entre le 16 septembre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac, salle Saint-Louis, n° 22.

Cet homme est de taille moyenne, brun, d'une excellente constitution ; son système musculaire est bien développé. Il n'a pas d'antécédents morbides sérieux.

Le dimanche 7 septembre, il se promenait avec plusieurs personnes dans la forêt de Bondy. Il voulut couper une tige de bruyère avec un couteau à lame pointue, bien affilée, large d'un centimètre. Dans ce but, il se mit dans la position suivante : son pied droit reposait sur

le talus d'un fossé, tandis que le gauche était placé sur le bord, de telle sorte que la cuisse et la jambe gauches se trouvaient fléchies à peu près à angle droit.

Telle était l'attitude du malade lorsque, déployant une force trop grande pour couper la baguette de bruyère, il s'implanta le couteau dans la cuisse gauche. L'instrument pénétra obliquement au voisinage de l'anneau du troisième adducteur.

Aussitôt le sang jaillit en abondance et par saccades; le blessé croit en avoir perdu quatre litres. Il eut une syncope qui dura un quart d'heure. Enfin un des hommes qui l'accompagnaient parvint à arrêter le sang en maintenant deux mouchoirs fortement appliqués sur la plaie. On trouva une voiture pour transporter le malade du lieu de l'accident chez un médecin de Livry, qui découvrit la plaie; le sang coulait à peine; la blessure fut recouverte par du diachylon et quelques tours de bande.

Le patient fut ensuite reconduit à Paris, où il habite; ce transport s'effectua en voiture et en chemin de fer. Arrivé chez lui, il monta quatre étages, soutenu par les bras et s'appuyant un peu sur son membre blessé.

On fit venir un médecin qui leva le pansement le deuxième jour et le remplaça par des bandelettes de diachylon croisées et imbriquées, puis recouvertes d'une bande roulée. La plaie ne saignait pas; elle n'avait fourni que quelques gouttes de pus.

Le 16, le malade se présente à la consultation, marchant péniblement, soutenu par un aide.

A son entrée à l'hôpital, il nous offre, à la partie interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus et en arrière de l'anneau du troisième adducteur, une cicatrice presque linéaire, longue de 15 millimètres, recouverte d'une croûte et parfaitement sèche. Autour de la cicatrice, et dans un rayon de 5 centimètres, on trouve une tuméfaction de consistance assez ferme. En dedans et un peu en arrière, le membre présente une teinte verdâtre, ecchymotique, dans les deux tiers inférieurs de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe. Les battements de la crurale sont normaux; il est facile de les sentir jusqu'à la limite supérieure de la tuméfaction. La poplitée, les artères de la jambe, la pédieuse, battent aussi fort que du côté sain.

La douleur est nulle; la jambe, légèrement fléchie, ne peut être amenée à une complète extension.

L'état général est excellent.

Les commémoratifs et les symptômes actuels font admettre une piqûre de l'artère fémorale, et le repos le plus complet est prescrit.

Rien de particulier ne survient jusqu'au 19. Ce jour-là, une explo-

ration très-attentive est pratiquée à la visite du matin. L'état du malade n'a pas changé depuis son entrée.

Mais à la visite du soir on constate une tumeur pulsatile dont le malade lui-même a observé l'apparition dans le courant de l'après-midi. Le maximum des battements est à 4 centimètres de la cicatrice, sur une ligne qui, partant de la plaie cutanée, se dirigerait obliquement en avant, en haut et en dehors. Cette direction est celle qu'a suivie le couteau pour atteindre l'artère ; elle est parfaitement en rapport avec les renseignements qui nous ont été fournis sur le mode de pénétration de l'instrument.

A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle très-pur, intermittent, correspondant à la diastole artérielle.

Le 20, la tumeur s'est accrue depuis la veille ; les symptômes sont les mêmes, mais ils ont plus d'intensité.

La compression de la fémorale suspend les battements et permet la réduction.

Les pulsations de la pédieuse sont sensiblement affaiblies.

Le 22, le volume de l'anévrysme est resté stationnaire, sa forme est ovoïde ; sa plus grande dimension a 11 centimètres, elle est parallèle à la direction de l'artère. Son plus petit diamètre a 7 centimètres. La circonférence du membre au niveau du point le plus saillant de la tumeur a 8 centimètres de plus que du côté sain.

L'état général est bon ; le pouls est à 68.

La compression digitale au pli de l'aine est commencée à midi et demi ; elle est facilitée par l'application sur les doigts d'un sac de plomb pesant 2 kilogr.

De une heure et demie à deux heures crampes dans le mollet, puis dans la cuisse.

A deux heures, sueur qui couvre toute la surface du corps pendant une demi-heure environ.

La compression est continuée d'une manière permanente ; par intervalles, on la suspend pendant quelques secondes, afin de constater l'effet produit sur la tumeur.

A sept heures et demie, les battements ont disparu, ainsi que le bruit de souffle. Le malade éprouve un léger engourdissement du membre. De chaque côté du genou, on constate les pulsations de petites collatérales en voie de développement. La pédieuse ne bat plus.

La compression un instant interrompue est reprise.

A neuf heures et demie, les deux petites collatérales qu'on a constatées deux heures auparavant sont explorées de nouveau, et l'on trouve qu'elles se sont accrues d'une manière très-notable ; l'œil ap-

précie facilement leurs pulsations. L'interne bat aussi fort que la temporale ; l'externe est un peu moins développée.

A minuit un quart, le malade est pris, au moment où l'on change de main, de vives douleurs au niveau de la compression ; il est impatient et surexcité, mais cela ne dure que vingt minutes. La compression est faite un peu plus bas et elle redevient tolérable.

A une heure, on sonde le patient, qui n'avait pas uriné depuis le commencement de l'opération. Un quart d'heure après le malade s'assoupit et dort avec calme pendant une heure.

A huit heures un quart, le besoin d'uriner se fait sentir et ne peut être satisfait qu'au moyen du cathétérisme.

A l'heure de la visite le malade est très-bien ; son pouls est à 72.

Le 23, à une heure après midi, le malade éprouve de légères coliques, qui disparaissent après qu'il a été à la selle.

A cinq heures nouvelle garde-robe.

A huit heures la compression est suspendue.

Il est à remarquer que la compression a été parfaitement supportée ; elle a été faite non-seulement sur la branche ilio-pubienne, mais encore dans toute l'étendue du triangle inguinal. Pendant l'opération le malade n'a pris aucun médicament ; son alimentation s'est composée de bouillon, de vin, de viande, de manière à satisfaire modérément son appétit. — Des observations thermométriques ont fourni les résultats suivants :

Avant le début de la compression, la température du membre était plus élevée du côté de l'anévrysme, et la différence était d'autant plus sensible qu'on se rapprochait davantage de l'extrémité. Entre les orteils, la différence était de 3 degrés centigrades.

Au commencement de la compression, le thermomètre, placé entre le premier et le deuxième orteil, marquait du côté malade 28° 1/2. La température a été notée tous les quarts d'heure. Après une heure et demie de compression, elle s'est abaissée graduellement de 4° 1/2, puis le thermomètre est resté immobile jusqu'à quatre heures trois quarts ; alors a commencé une ascension très-remarquable de 11°. A dix heures, la colonne thermométrique s'est arrêtée de nouveau ; elle était alors à 35° 1/4.

De dix heures du soir à deux heures du matin, il s'est produit quelques oscillations moins sensibles que les précédentes.

Quelle a été l'influence de la compression et du développement des collatérales sur la température du membre ? Malgré les chiffres précédents, il est impossible de répondre à cette question ; car l'expérience ayant été continuée, on a observé le lendemain des variations ther-

mométriques de la même étendue, la circulation du membre n'étant plus soumise aux mêmes modifications.

Le 24, le malade est très-bien; la poche anévrysmale est ferme; elle a subi un commencement de retrait; la circonférence de la cuisse du côté malade n'excède que de 3 centimètres celle de la cuisse droite. Les battements de la pédieuse, quelque temps suspendus, redeviennent perceptibles.

Le 26, apparait au niveau de la cicatrice une saillie fluctuante, sans battements ni souffle.

La collection liquide reste stationnaire pendant deux jours, puis tend à diminuer.

Le malade n'éprouve pas la moindre douleur.

Rien de particulier ne s'est passé depuis, si ce n'est le retrait lent et graduel de la tuméfaction.

Les mouvements du membre sont faciles; néanmoins le malade conserve toujours le repos au lit.

DISCUSSION.

M. BROCA. Les battements sont-ils revenus dans la pédieuse et dans les autres artères de la jambe?

M. CHASSAIGNAC. Oui, j'ai toujours senti les battements de la pédieuse, et c'est même ce qui me faisait douter de l'existence de l'anévrysme.

M. BROCA. Il n'y a donc jamais eu d'interruption dans les battements de la pédieuse?

M. CHASSAIGNAC. Les battements ont été seulement supprimés par la compression que nous avons exercée sur la fémorale à son origine. Ils ont été constatés après la compression le 24 du mois.

M. BROCA. La fluctuation qui a été signalée à la surface de l'anévrysme par M. Chassaignac mérite de fixer l'attention. Elle fait craindre la suppuration, et elle a été déjà trouvée dans les poches anévrysmales, surtout après la compression digitale, qu'elle ait été totale, intermittente ou incomplète. La cause de ce phénomène tient à ce que, la coagulation étant trop prompte, il se forme des caillots passifs qui par leur mollesse donnent à la périphérie de la poche anévrysmale la sensation de fluctuation. Après la ligature, le caillot passif est quelquefois tellement considérable qu'on a beaucoup de crainte de voir s'établir la suppuration.

Dans quelques faits qui me sont personnels, j'ai constaté des abcès, et plusieurs observations consignées dans les journaux signalent cet accident.

Je dois faire remarquer qu'à la suite de la compression digitale les caillots passifs sont moins volumineux que les caillots actifs, de sorte que la suppuration est moins à redouter. Dans le cas que vient de nous communiquer M. Chassaignac la fluctuation était produite par le sang qui existait à la périphérie de la poche anévrysmale.

Mais, dira-t-on, pourquoi la fluctuation est-elle si superficielle? Les caillots passifs ne devraient-ils pas se former plutôt au centre qu'à la périphérie? Il en est ainsi dans le plus grand nombre des cas. Mais cette loi offre des exceptions, et alors la fluctuation est tout à fait superficielle. Plusieurs exemples pourraient être donnés pour confirmer cette exception.

Voici comment il faut l'expliquer : la fibrine se dépose à la face interne du sac sous forme d'une membrane assez mince. Or cette membrane peut se fendiller, se décoller, de sorte que le sang s'interpose entre la face interne de la poche et la face externe de la membrane, d'où formation d'une cavité superficielle qui se traduit au doigt par la fluctuation. On a vu des cas dans lesquels la membrane fibrineuse se décollait dans toute son étendue, devenait libre et flottante dans le sac, se rétractait, et formait ensuite une sorte de grelot. M. Jules Cloquet a publié en 1821 une observation qui montrait ce curieux phénomène après une ligature d'artère au-dessus du sac. Or ce phénomène peut se montrer aussi après la compression digitale.

M. CHASSAIGNAC. Je n'avais pas présente à l'esprit cette explication, que j'accepte. J'avais d'abord pensé que la saphène avait été ouverte et que la fluctuation était due à un épanchement sanguin. J'avais cru aussi à l'existence d'un abcès autour du sac.

M. BORELLI. Je possède un fait analogue à ceux que vient de citer M. Broca. C'était en 1845, je fus appelé à traiter un anévrysme très-volumineux de la crurale. J'eus recours à l'électricité. Après cinq séances, il se manifesta une inflammation très-vive dans la poche, qui devint dure et n'offrit plus de battements. Je combattis cette inflammation par des antiphlogistiques; un phlegmon se déclara cependant dans le membre, et il survint de la suppuration. Le sac s'ouvrit; il donna issue aux caillots, et la guérison survint. L'individu est encore vivant, et j'ai publié l'observation.

COMMUNICATION.

M. BORELLI. Il y a une quinzaine d'années que j'ai fait construire un instrument pour l'opération du phimosis. Cet instrument a été décrit dans le journal de M. Debout. Cependant la Société voudra

bien me permettre de le lui présenter et de lui en faire comprendre le mécanisme, parce qu'il m'a paru très-utile.

Il consiste, comme on peut le constater, dans une canule d'un calibre de 5 à 6 millimètres. A 3 ou 4 millimètres de l'extrémité libre de cette canule, se terminant en cul-de-sac, on voit trois ouvertures régulièrement espacées à sa circonférence. Par chacune de ces trois ouvertures, très-petites, du reste, on fait sortir une petite tige en acier, glissant sur un plan oblique, et offrant un ressort; de telle sorte qu'en sortant elle s'écarte de l'axe de la canule, et cet écartement est d'autant plus grand que la tige sort davantage.

Ces trois petites tiges d'acier sont mises en mouvement par une tige centrale qui est fixée à volonté par une vis. L'extrémité des tiges est armée d'un crochet très-aigu.

Si on introduit cet instrument fermé dans le prépuce, on arrive facilement jusque vers le gland. Là on pousse la tige centrale, qui fait sortir les trois petits crochets, par lesquels la muqueuse préputiale est saisie et ramenée en avant avec force. Avec de forts ciseaux, l'on excise cette muqueuse, et le phimosis est détruit. Je reconnais à cette méthode l'avantage important de respecter la peau, et de n'exciser qu'une quantité déterminée de muqueuse. Il est inutile de faire la suture après cette excision; la cicatrisation s'opère facilement et sans laisser de difformité.

DISCUSSION.

M. GIRALDÈS. Si j'ai bien compris le mode d'action de l'instrument de M. Borelli, il me semble qu'il a pour but de ramener la muqueuse du prépuce au dehors et de l'exciser en emportant peu de peau.

Tout en rendant justice à ce résultat, je ne puis cependant m'empêcher de faire remarquer que cet instrument ne sera applicable qu'à peu de cas. Ainsi il sera impossible de l'employer si le phimosis est formé par un tuyau muqueux très-étroit. Vous ne pourrez plus faire glisser la muqueuse.

M. BORELLI. Je reconnais la justesse de la remarque faite par M. Giraldès; mais il m'a mis en présence d'un fait exceptionnel. Dans ce cas encore, la difficulté sera surmontée en excisant d'abord le trop de longueur du prépuce, pour se comporter ensuite comme dans les cas ordinaires.

Je citerai à mon tour un autre cas où l'application de mon instrument est impossible; c'est lorsqu'il y a adhérence entre le prépuce et le gland. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et dans les cas ordinaires, mon instrument sera utile.

M. GIRALDÈS. Le cas que j'ai cité n'est pas aussi exceptionnel que veut bien le dire M. Borelli. Je pourrai même dire qu'il se présente le plus fréquemment chez les enfants. Je me demande dès lors s'il est bon de surcharger encore l'arsenal chirurgical d'un nouvel instrument, lorsque l'opération du phimosis peut être bien exécutée avec une pince ordinaire et une paire de ciseaux.

M. CHASSAIGNAC. L'instrument de M. Borelli met en relief un mode opératoire particulier. On doit savoir gré à son auteur de l'avoir signalé. Mais il ne faut pas oublier que le principal mérite des instruments consiste dans la simplicité. Les Israélites pratiquent la circoncision en coupant un peu de peau ; puis la muqueuse étant à nu, ils la fendent avec l'ongle en la déchirant. Ce procédé est un peu brutal, et il répugne de l'employer. Le procédé que je mets en pratique est très-simple et très-prompt. Avec la pince à pansement des trousses, je dilate le prépuce, je passe une aiguille armée d'un fil à la base du triangle formé par la pince étalant le prépuce, je fais une ligature, et je coupe au delà du fil. Souvent au lieu de l'instrument tranchant, j'emploie l'écraseur linéaire.

Je saisirai cette occasion pour faire remarquer que les opérations de circoncision laissent à leur suite une convalescence très-longue ; la suppuration est interminable.

M. MARJOLIN. Quand il y a des adhérences, on ne peut plus employer le procédé et l'instrument de M. Borelli. Déjà depuis longtemps j'ai adopté le procédé de M. Cullerier, qui me paraît offrir le plus d'avantages dans la plus grande généralité des cas. Si des adhérences existent, je m'en tiens alors à l'ancien procédé, qui n'exige qu'un bistouri boutonné et des ciseaux. Je fais une incision dorsale; je rabats les lambeaux, je les régularise, et j'obtiens ainsi de très-beaux résultats.

J'ai vu comme M. Chassaignac que la plaie résultant de l'incision circulaire est très-lente à se cicatriser. Dans un cas, j'ai vu la plaie se couvrir de fausses membranes, le muguet se déclarer, et consécutivement il s'est manifesté une paralysie du voile du palais.

Quant à l'instrument de M. Borelli, il me paraît beaucoup trop gros pour des enfants. Très-souvent dans la pratique on est obligé de faire la circoncision chez des enfants qui, ayant le prépuce trop long et trop étroit, ne peuvent uriner, présentent des calculs ou des concrétions calculeuses dans le prépuce, et sont affectés d'accidents nerveux.

Or, dans ces circonstances encore, il serait impossible de se servir de l'instrument de M. Borelli. Il y a même des cas dans lesquels l'ouverture préputiale est tellement étroite qu'elle ne peut recevoir

un stylet très-fin. Du reste, je me plais à reconnaître que chez l'adulte l'instrument de M. Borelli peut être très-avantageux, et qu'il est très-ingénieux.

M. BORELLI. Je réponds à M. Giraldès que relativement à la longueur du prépuce, elle peut dépendre de l'excès de peau provoqué par des tractions, comme cela arrive chez les calculeux. Dans ces cas, on peut introduire mon instrument, et exciser une plus grande quantité de peau en enlevant toute la partie qui dépasse le gland. Je répondrai à M. Marjolin que si le prépuce est très-étroit, on doit le débrider. Du reste, pour satisfaire le désir de M. Marjolin, rien n'empêche de faire construire un plus petit modèle pour les enfants. Je l'ai déjà fait moi-même. Quand l'ouverture est trop étroite, si on ne veut pas débrider, on peut encore recourir à la dilatation, qui sera bientôt suffisante pour laisser passer mon instrument.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas revenir sur la disposition que j'ai signalée ; j'ajouterai que l'allongement préputial chez les calculeux ne porte pas seulement sur la peau, mais qu'il constitue un véritable phimosis accidentel. Dans les phimosis congénitaux, la muqueuse est étroite, atrophiée, contracturée en quelque sorte ; la peau glisse sur la muqueuse, il n'y a que celle-ci qui est trop courte. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que dans la circoncision la difficulté de la cicatrisation doit être attribuée à ce que les enfants se touchent continuellement, et à ce que la plaie est plus large que dans un autre procédé.

M. BORELLI. On peut ajouter à ces deux causes le contact presque permanent de la plaie avec l'urine.

M. VERNEUIL. J'ai disséqué à l'Ecole pratique un grand nombre de phimosis. Je coupais la verge à sa racine, je renversais la peau qui la recouvre, je l'insufflais, et je disséquais ainsi de dedans en dehors. J'ai pu m'assurer, par cette dissection, que la peau, la muqueuse préputiale et le gland formaient une sorte de sablier. Le sac préputial se dilatait ; au niveau de l'orifice commençait un canal rétréci, puis la peau constituait un canal plus large. Quelquefois j'ai rencontré des canaux rétrécis, à tel point que l'introduction d'un stylet très-fin était impossible. Quand j'ai eu l'honneur de remplacer MM. Guersant et Marjolin dans leurs services respectifs, j'ai constaté plusieurs fois cette étroitesse excessive. Alors je faisais uriner l'enfant ; la poche se dilatait ainsi que son orifice, et je me servais de cette ouverture pour me guider dans mon incision. Quant à la durée très-longue de la cicatrisation après la circoncision, je l'attribue en grande partie à ce que l'on coupe le filet ; c'est surtout dans ce point

que la cicatrisation est lente. Aussi je serai toujours sobre d'incisions sur cette partie.

M. CHASSAIGNAC. Je reproche à la circoncision non-seulement d'être très-longue, mais encore de causer des accidents très-graves chez les vieillards. Tout récemment j'entendais dire à un de nos collègues qu'à la suite de cette opération pratiquée chez un homme âgé, il survint un sphacèle de la verge.

Quant à la difficulté d'introduire un instrument dans l'orifice préputial rétréci, je crois l'avoir surmontée en soulevant la peau de la face dorsale du prépuce. Je tends ainsi l'orifice, je le dilate, et il devient en quelque sorte le sommet d'un infundibulum qui permet l'introduction de l'instrument.

M. GUERSANT. Il est évident pour moi que chez les adultes tous les procédés sont bons ; mais il faut choisir celui qui convient le mieux. Il est, en outre, un précepte auquel j'attache la plus grande importance ; je veux parler de la manière de faire la suture. Il faut en effet que celle-ci soit faite avec le plus grand soin, que la muqueuse et la peau soient parfaitement affrontées. Ce n'est qu'à cette condition qu'on évitera les suppurations longues.

M. BLOT. Je veux dire quelques mots relativement à la durée de la cicatrisation. Comme accoucheur, j'ai eu l'occasion de voir des enfants israélites soumis à la circoncision. Or, sur une quinzaine de cas, je n'ai jamais observé le plus petit accident. Il est même singulier de voir avec quelle rapidité cette opération est suivie de guérison. Au commencement, je ne pouvais m'empêcher d'avoir certaines inquiétudes sur cette plaie; je demandais à voir les enfants, et j'étais même étonné de voir les parents dans la plus grande indifférence à cet égard. Mais bientôt j'ai fini par participer à cette indifférence en voyant l'innocuité de la circoncision. Je ne crois donc pas qu'il faille attacher une trop grande importance au contact de l'urine, puisque les enfants étaient pansés de telle sorte que leur plaie était sans cesse mouillée, et que néanmoins ils guérissaient vite. Quant à la plaie par déchirure, elle peut aussi guérir très-vite, parce qu'elle ne s'accompagne pas de désorganisation des tissus et qu'elle se rapproche, par conséquent, beaucoup d'une plaie faite par instrument tranchant.

M. TRELAT. J'ai vu deux cas de circoncision chez des enfants israélites, et j'ai pu vérifier les faits signalés par M. Blot. Du reste, la circoncision se fait très-simplement. On coupe le prépuce, on déchire la muqueuse, et pour arrêter l'hémorrhagie on ajoute la succion, du vin se trouvant dans la bouche et servant à arroser le gland. Dans le premier cas, il n'y eut pas de pansement; dans le second cas, on en-

duisit un linge fin avec de la pommade de concombre et on l'appliqua sur la plaie. Ordinairement, la guérison a lieu vers le huitième ou le dixième jour. Quant à la longueur de la cicatrisation, elle dépend, selon moi, de la manière dont sont faites les sutures. Lorsque les serre-fines ou les points de suture ne sont pas régulièrement placés, lorsque la peau et la muqueuse ne sont pas bien affrontées, le tissu cellulaire se boursoufle et la suppuration dure longtemps. J'ai fait trois opérations chez les enfants, et j'ai obtenu une guérison très-prompte. J'ai, au contraire, fait une opération qui a été suivie d'un résultat fâcheux. Un homme se trouvait à la Charité; je lui fis l'opération; un érysipèle, de la gangrène survinrent, de sorte que ce malade me donna beaucoup d'inquiétude.

M. MARJOLIN. J'ai vu à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie des enfants circoncis, et chez lesquels la plaie a été très-longue à se fermer. Je reconnais toute l'utilité de la réunion par première intention; mais il faut aussi tenir compte de l'état de la constitution de l'enfant opéré. Une autre condition de durée très-longue, c'est lorsqu'on est obligé de faire la ligature de l'artère contenue dans le frein. Il faut donc éviter cette section, pour ne point avoir d'hémorrhagie. Un enfant circoncis appartenant à une grande famille est mort à la suite de cet accident. La circoncision, même très-bien faite, peut amener l'érysipèle. J'en ai observé des exemples; j'ai même vu la diphthérite chez un enfant qui m'a été envoyé par M. Robert.

M. BLOT. Je n'ai pas voulu dire que les enfants guérissaient en trois jours. J'ai dit que l'urine n'avait pas d'influence fâcheuse sur la cicatrisation. Si je n'ai pas vu d'accidents dans une quinzaine de cas, je ne prétends pas qu'il en sera toujours ainsi. Quant à la suture, elle ne réussit pas d'une manière certaine. Ainsi, j'ai pratiqué trois opérations suivant le procédé de M. Ricord, et en ayant soin de placer les serre-fines avec beaucoup de méthode. Dans le premier cas, il y a eu guérison immédiate; dans le second, quelques points se sont réunis, tandis que d'autres se sont gangrenés. J'ai observé plusieurs fois la gangrène sous les serre-fines, dans le service de M. Ricord. Dans le troisième cas, c'était un enfant de trois ans et demi qui pissait dans son prépuce. J'ai eu beaucoup de peine à faire la circoncision, et je n'ai pu obtenir la réunion immédiate.

M. CHASSAIGNAC. La suture ou les serre-fines donnent-elles le même résultat? Quant à moi, je n'ai eu recours jusqu'ici qu'à la suture avec des fils, et j'ai toujours obtenu de bons résultats.

M. BLOT. La perfection des sutures a une grande influence sur le résultat. Si, dans les hôpitaux, on observe des mortifications, c'est

que les serre-fines ne sont pas égales en pression. Dans leur application, il ne faut, en outre, les placer ni trop haut ni trop bas, si l'on veut compter sur un résultat favorable.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 15 octobre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. VERNEUIL. Lorsque M. Bauchet a présenté sa malade affectée de rétraction des mâchoires, j'ai annoncé à la Société que j'avais opéré une fille de Béthune, et qu'après la section simple des brides j'avais obtenu un succès. Depuis notre dernière réunion, je me suis enquis des résultats ultérieurs. Malheureusement, le succès ne s'est pas confirmé. Des renseignements que je viens de recevoir de la part de M. Stopin, qui habite le pays do mon opérée, m'apprennent qu'aujourd'hui, quatre mois après l'opération et malgré la remarquable constance du père à se servir de l'éponge préparée et du dilatateur, l'occlusion de la bouche s'est faite de nouveau et graduellement; que la pauvre enfant ne peut se servir que d'une cheville de bois interposée entre les mâchoires comme avant l'opération.

Ainsi, voilà un succès sur lequel je pouvais compter d'après mes premières informations et qui aujourd'hui me fait entièrement défaut. En présence de cette récidive, l'enfant va de nouveau souffrir. Que dois-je faire? Le cas est très-grave, puisqu'il y a ankylose bilatérale. Il ne faut plus songer à la section simple des brides. Je pense dès lors qu'il y a une opération à instituer et répondant à l'indication de la double ankylose, cas qui ne s'est point présenté jusqu'ici dans la pratique. Je soumettrai plus tard à la Société un plan d'opération pour ce cas difficile.

COMMUNICATION.

De la traction continue pour le redressement des ankyloses. — M. DELORE, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon, fait la communication suivante :

Le redressement lent, toutes les fois qu'il est possible, doit être préféré au redressement brusque pour la cure des ankyloses; grâce

à lui, on peut habituellement triompher des obstacles produits par des rétractions musculaires ou ligamenteuses, et l'on est moins exposé à voir survenir des inflammations nouvelles qui retardent la guérison.

Parmi les divers appareils qui ont été imaginés pour obtenir une traction continue, ceux de M. Blanc, habile mécanicien orthopédiste de Lyon, me paraissent remplir toutes les conditions désirables.

Ils sont essentiellement constitués par les parties suivantes :

1° Un tuteur formé de tiges rigides en acier, articulées au niveau de la jointure à redresser, et munies de courroies et autres moyens de préhension pour saisir exactement le membre ;

2° Au-dessus et au-dessous de l'article sont deux axes mobiles en acier, attachés par des courroies avec les extrémités de l'appareil;

3° Le sommet de la courbe de ces leviers est muni de courroies et d'anneaux de caoutchouc destinés à les rapprocher l'un de l'autre.

En distendant les anneaux de caoutchouc au moyen des courroies, on peut à volonté obtenir la flexion et l'extension dans toutes les articulations; il faut excepter toutefois l'articulation de la hanche, car la préhension du bassin est illusoire.

Les avantages de ces appareils sont les suivants :

Ils sont portatifs, d'une puissance qu'on peut graduer à volonté; ils sont d'une réparation facile, car les anneaux de caoutchouc se trouvent dans le commerce.

J'ai employé ces appareils plusieurs fois avec succès.

Chez une jeune fille affectée d'une rétraction des fléchisseurs de la main, qui était survenue à la suite d'une fracture du radius, la guérison fut obtenue en quinze jours, quoique le mal eût résisté pendant quatre mois à plusieurs moyens rationnels.

Je suis parvenu à rétablir les mouvements du coude après deux mois de traitement chez un jeune homme de quatorze ans affecté d'une luxation méconnue. L'appareil était alternativement disposé toutes les douze heures pour produire soit la flexion, soit l'extension.

Dans un troisième cas, le genou était atteint d'une tumeur blanche suppurée et ankylosée à angle droit depuis plusieurs années. Après une application d'un mois de l'appareil, j'obtins une rectitude à peu près complète, la marche devint possible; une fistule existant depuis longtemps se ferma, et l'engorgement diminua considérablement.

DISCUSSION.

M. BOUVIER. Je désirerais savoir si M. Delore a comparé l'appareil qu'il présente avec ceux qui existent déjà dans la pratique.

M. DELORE. J'ai fait cette comparaison, et il est bien démontré pour

moi qu'il n'y en a point qui remplisse mieux les conditions que celui de M. Blanc. Dans celui-ci on a employé le caoutchouc dans un but tout autre que ne l'ont employé MM. Rigal (de Gaillac) et Duchenne (de Boulogne). Tandis que ces derniers le mettaient en action pour suppléer à un muscle, M. Blanc l'emploie pour exercer une action extensive continue. Quant aux appareils à vis, ils laissent beaucoup à désirer dans leur manière d'agir.

COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC. Dans une discussion soulevée dans la Société, j'ai déjà annoncé que dans les fractures de la rotule avec écartement considérable des fragments, le droit antérieur de la cuisse perd toute son action sur l'extension de la jambe, mais qu'alors le vaste externe et le vaste interne de la cuisse exercent une extension assez grande de la jambe, suppléant ainsi en quelque sorte les fibres du droit antérieur. Quoique cette proposition n'ait pas été combattue, je viens cependant apporter aujourd'hui une nouvelle preuve pour l'appuyer.

Voici donc un malade qui est affecté depuis longtemps d'une fracture de rotule non consolidée. Il existe actuellement trois fragments distincts dont les deux principaux sont, l'un supérieur, l'autre inférieur. Il n'y a pas de liens fibreux entre ces deux fragments. La peau s'enfonce entre eux, et dans la flexion elle vient toucher les condyles fémoraux.

Dans ces conditions, le malade marche facilement et peut exécuter le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse; il ne pourrait cependant pas monter sans difficulté un escalier. Vous pouvez vous assurer par vous-mêmes de l'exactitude de ce que je viens d'avancer.

DISCUSSION.

M. TRELAT. Je ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac relativement au mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse de ce malade. Chez lui, le mouvement de la jambe dans la marche est analogue à celui d'un membre artificiel ; la flexion et l'extension dans le genou sont purement passives. Quand on examine attentivement le malade cherchant à étendre sa jambe sur sa cuisse, ou à soulever son membre inférieur placé horizontalement, on voit qu'il fait remuer son pied, le fait avancer et balancer, mais qu'il ne soulève pas sa jambe.

M. RICHET. Je viens appuyer les réflexions faites par M. Trélat. Avec M. Jarjavay, je viens de m'assurer que le membre inférieur tombe par son propre poids, qu'il est inerte, et qu'il n'y a pas possibilité

d'extension ; que celle-ci est purement passive et sous l'influence du poids de la jambe.

Je profiterai de cette occasion pour dire que ce malade m'est connu. Je l'ai vu en 1858 dans le service de M. Roux, que je remplaçais à l'Hôtel-Dieu. Il me dit alors qu'il avait une fracture de la rotule pour la septième fois. Je ne le crus point.

Il venait tout simplement pour une arthrite de ce genou, et il est probable que les diverses fractures qu'il croit avoir eues n'étaient que des arthrites, comme celle qu'il offrait alors à mon observation.

Dans cette circonstance, l'épanchement était tellement considérable, la peau si distendue, que je craignais la rupture de celle-ci et l'ouverture de l'articulation.

J'ai combattu cette arthrite, et quand elle a été dissipée j'ai fait porter un appareil à ce malade, pour prévenir le retour de ces accidents et pour favoriser la marche.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai observé plusieurs faits analogues à celui que nous présente M. Chassaignac. Tantôt les fragments étaient très-libres, mobiles dans tous les sens ; tantôt ils étaient fixes, d'où résultait l'impossibilité d'un rapprochement. Or tous ces malades ne pouvaient détacher leur membre inférieur du plan de leur lit.

Il y avait pourtant chez quelques-uns un commencement d'extension de la jambe sur la cuisse, et chez d'autres l'extension existait réellement.

Frappé de la persistance de ce mouvement, je l'avais attribuée à l'action du *fascia lata*. De plus, chez quelques-uns, il y avait fixité du genou pendant la marche, et même pendant qu'ils portaient de lourds fardeaux. Je crois que les muscles jumeaux et soléaire étaient les agents de fixité et de cette sorte d'extension du genou.

Une question qu'on ne s'est pas faite, c'est celle de savoir ce qui rend au genou sa fixité dans la station et dans la marche, le triceps étant ainsi frappé d'impuissance. A mon avis, ce sont les fléchisseurs de la jambe et les extenseurs du pied. Le pied une fois appliqué sur le sol, l'action de ses extenseurs se transporte alors à leur attache supérieure, et ils attirent et maintiennent le genou en arrière.

De même, les fléchisseurs de la jambe, en prenant leur point fixe sur le bassin, attirent en arrière le haut de la jambe, dont le bas est arrêté sur le sol. La jambe est toujours un levier du troisième genre ; mais le point d'appui s'est transporté de l'extrémité supérieure à l'inférieure.

M. TRELAT. Il me semble impossible que les jumeaux et le soléaire puissent avoir une action extensive ; ce sont, en effet, des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse. Il est inutile de faire

intervenir l'action musculaire pour expliquer la rigidité du genou- Les leviers sont purement passifs dans la marche simple et ordinaire. Les ligaments croisés sont précisément destinés à limiter l'extension et la flexion passives. J'ajoute comme preuve que les appareils prothétiques du membre inférieur, exécutant ces mouvements de flexion et d'extension, sont simplement des imitations de ce qui existe naturellement. Quant à l'action du *fascia lata*, invoquée par M. Morel-Lavallée, je ne la nie point.

M. MOREL-LAVALLÉE. Quand un individu porte un lourd fardeau, il faut que le genou soit fixé par des muscles. J'ai examiné directement l'état des muscles du mollet pendant cette station, et je les ai manifestement sentis contractés, durs.

M. CHASSAIGNAC. Si on croit trouver chez mon malade une extension forte, aussi parfaite que s'il avait son muscle droit antérieur intact, il est certain qu'on ne la rencontrera pas. Je n'ai pas eu cette prétention de le croire moi-même et de le démontrer. Ce que je veux indiquer, c'est qu'il existe encore chez lui un mouvement d'extension imparfait, il est vrai, mais incontestable.

Que l'on place le membre dans la position horizontale, que l'on fléchisse le genou, et l'on verra l'extension se produire. Peut-être qu'avec le secours de l'électricité localisée, on pourrait démontrer directement l'existence de cette extension.

M. TRELAT. Chez le malade, il n'y a pas extension, mais une sorte de tortillement du membre inférieur.

M. CHASSAIGNAC. Je maintiens qu'il y a un reste d'extension, que j'attribue aux muscles latéraux de la cuisse.

COMMUNICATION.

M. GUYON présente un malade sur lequel il a employé un nouveau procédé opératoire pour la cure de l'ongle incarné.

Le procédé opératoire que je soumets à l'appréciation de la Société de chirurgie a pour but :

1° De permettre la guérison de l'ulcération formée au contact de l'ongle dans la profondeur du bourrelet de parties molles qui le recouvre ;

2° De ramener à une forme aussi semblable que possible à la forme normale la région malade.

Deux incisions transversales sont pratiquées à chaque extrémité du bourrelet de parties molles; elles sont assez profondes et assez étendues pour permettre de le renverser aisément et de mettre à nu le fond de l'ulcération; ces deux incisions sont alors réunies par une

troisième incision longitudinale, qui se pratique sur la face de l'orteil correspondante au côté incarné.

Cette incision doit être plus ou moins profonde, mais toujours assez pour aviver complétement la face inférieure du lambeau quadrilatère dès lors formé, lambeau dont la base est au bord de l'ongle incarné, le bord libre au niveau de l'incision longitudinale, tandis que la face supérieure est formée par la portion cutanée et ulcérée. Le sillon cutané où siége l'ulcération est dès lors largement étalé et présente une surface plane; mais pour que la forme normale soit rendue, un dernier temps est encore nécessaire. Le chirurgien excise sur la face de l'orteil correspondante à l'incarnation un copeau de parties molles plus ou moins épais, de manière à former une encoche plus ou moins profonde, selon l'étendue du déplacement qu'il juge nécessaire d'imprimer au lambeau. Celui-ci, appliqué dans cette perte de substance, est non-seulement étalé de manière que la portion ulcérée soit mise entièrement à nu, mais grâce à ce déplacement, situé de telle manière que le niveau des chairs ne dépasse plus celui de l'ongle complétement libéré.

La description du procédé est minutieuse, mais l'opération est des plus simples : libérer le bourrelet, le dérouler en le renversant, l'appliquer dans une perte de substance pratiquée sur la face correspondante de l'orteil, voilà en définitive à quoi se réduit toute la manœuvre opératoire.

Il est presque inutile d'ajouter qu'il faut chercher à obtenir la réunion par première intention.

Chez le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société, j'ai fixé le bord libre du lambeau avec trois points de suture entortillée pratiquée avec des épingles à insectes, et j'ai fait un pansement à l'eau froide.

Le troisième jour, les points de suture ont été enlevés, et une bandelette de diachylon faisant le tour de l'orteil a maintenu le lambeau. Un peu plus tard, une légère compression a été établie sur sa face supérieure par un rouleau de sparadrap interposé entre la bandelette et le lambeau. Je ne me suis en aucune façon occupé de l'ulcération, qui après avoir suppuré pendant plusieurs jours s'est définitivement cicatrisée.

Voici d'ailleurs les détails de l'observation :

Le nommé Victor G..., âgé de dix-sept ans, boucher, est admis le 23 septembre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le professeur Jarjavay, alors suppléé par moi.

C'est un garçon assez bien développé, mais lymphatique; l'ongle du gros orteil gauche est incarné.

Le malade fait remonter à trois mois le début de ses souffrances et l'apparition de la suppuration sur les côtés de l'ongle. La gêne éprouvée fut bientôt assez grande pour rendre la marche difficile et même impossible sans une chaussure particulière laissant le gros orteil libre de toute pression. Depuis quinze jours, elle est cependant devenue complétement impossible, et le malade a dû renoncer à sa place.

L'ongle est taillé court, et le malade l'a réséqué aussi loin que possible sur le bord externe. Il est d'ailleurs profondément caché sous les chairs exubérantes du bord externe, et assez notablement recouvert du côté interne, parfaitement sain du reste. Au côté externe, siége de la douleur, une ulcération profonde, mais non fongueuse, fournit une abondante suppuration; tout le côté externe de l'orteil est rouge et légèrement engorgé; la rougeur et l'engorgement s'étendent à la face dorsale.

Le 25 septembre, je pratiquai l'opération plus haut décrite, et le 3 octobre, la cicatrisation du lambeau étant à peu près parfaite, l'ulcération bien guérie, je permis au malade de marcher.

Depuis ce jour, il n'a cessé de rester levé toute la journée, aidant au service de la salle, et portant des chaussures ordinaires et grossières.

AUTRE COMMUNICATION.

Spina-bifida de la région cervicale. — M. BLOT présente un enfant nouveau-né, du sexe féminin, qui offre, à la région cervicale postérieure, une tumeur formée probablement par un spina-bifida.

Cependant, comme il pourrait exister quelques doutes sur le diagnostic, M. Blot désire avoir l'avis de ses collègues, tout à la fois sur la nature de cette tumeur et le traitement qui lui serait applicable. Jusqu'à présent M. Blot a pensé qu'il existait là un spina-bifida, dont la communication avec la cavité rachidienne est probablement oblitérée; l'expectation lui a paru la conduite la plus sage; mais il voudrait être éclairé à ce sujet par l'opinion des membres de la Société.

Voici les caractères de la tumeur : Elle a le volume de la moitié d'une pomme d'api; sa base, large de 4 centimètres, repose sur la partie moyenne de la région cervicale postérieure, dont elle occupe presque toute la hauteur; elle empiète même un peu sur la partie supérieure du dos. Ses parois sont formées en partie par la peau, qui forme à sa circonférence adhérente une bandelette circulaire d'un centimètre de largeur; en partie par une membrane mince, violacée, analogue aux membranes séreuses. En ce dernier point ces parois sont translucides et laissent apercevoir à travers elles un liquide citrin et transparent.

Cette tumeur est flasque, molle, ridée, quelle que soit la position qu'on donne à l'enfant. Le liquide qu'elle renferme ne semble pas pouvoir être chassé par la pression dans le canal rachidien, car, pendant cette manœuvre, elle ne diminue point de volume, et on ne produit aucun phénomène de compression.

Il n'y a de paralysie nulle part, ni dans le tronc ni dans les membres. La sensibilité est parfaitement conservée. Si l'on fait crier l'enfant, la tumeur ne change aucunement de volume, sa réplétion ne semble pas plus considérable. Dans l'état de calme, on ne voit se produire dans la tumeur aucun mouvement d'expansion en rapport soit avec les mouvements respiratoires, soit avec les battements du cœur.

Depuis le moment de la naissance (huit jours), cette tumeur a spontanément diminué de volume, et aujourd'hui on peut en déprimer assez la partie moyenne pour arriver avec le doigt explorateur jusque sur la série des apophyses épineuses cervicales, qu'on trouve intactes.

Il n'existe pas d'écartement latéral des lames des vertèbres, leur réunion existe partout; seulement, entre la sixième et la septième, on sent un léger intervalle qui paraît être le point par lequel s'est faite la hernie des méninges rachidiennes.

En terminant, M. Blot ajoute que jusqu'à présent il s'est contenté de protéger la tumeur contre les frottements et les violences extérieures par un gâteau de ouate maintenu par quelques tours de bande.

Depuis sa naissance cet enfant s'est toujours bien porté; il est d'un développement au-dessus de la moyenne, son poids égale 3,150 grammes. Il dort et tette bien, retient ses urines et ses matières fécales, qu'il rend de temps en temps, comme les enfants bien conformés.

On ne trouve d'ailleurs aucune autre difformité ni sur le tronc ni sur les membres; l'enfant est frais, rose, gras et bien vivace; il n'y a pas trace de pied bot. A la tête, on remarque seulement des sutures et des fontanelles un peu plus étendues que de coutume.

DISCUSSION.

M. GUERSANT. Si j'avais examiné cet enfant au moment de la naissance, il est certain que, comme M. Blot, j'aurais pensé à un spina-bifida. Mais les modifications qui sont survenues dans cette tumeur nous obligent à être plus réservés dans le diagnostic. On sent, en effet, très-bien que le canal vertébral est régulier dans la région cervicale.

Y aurait-il seulement un écartement des lames vertébrales? Les

membranes rachidiennes seraient-elles sorties à travers cet écartement ?

C'est ce que je serais porté à admettre. Pour cela, je me base sur l'analogie. On voit, en effet, sur le crâne des tumeurs méningiennes très-petites qui se forment à travers des pertuis extrêmement étroits. J'ai montré ici, il y a quelques années, un enfant qui portait vers l'angle interne de l'œil une tumeur formée par les méninges. Cette tumeur était ronde et possédait des battements, de sorte que je crus à une tumeur érectile. Je fis la ligature de la tumeur à sa base, et la mort ne tarda pas à survenir. Je constatai à l'autopsie qu'il y avait communication avec la cavité crânienne au moyen d'une ouverture très-étroite. Y aurait-il ici un cas semblable ? Je le crois, sans pouvoir l'affirmer cependant.

Quant au traitement, je pense qu'il faut observer, attendre, et si l'on voulait agir, peut-être que des piqûres capillaires suivies d'application de collodion seraient utilement employées.

M. RICHET. J'ai examiné ce cas avec soin. Il n'y a pas spina-bifida, parce que les apophyses épineuses sont soudées sur la ligne médiane. Mais est-ce à dire, pour cela, qu'il n'y a pas de communication entre la tumeur et la cavité rachidienne ? C'est ce que je n'oserais affirmer, quoique le liquide de la tumeur ne rentre pas par la pression. Certainement, si cette communication n'existe plus actuellement, elle a eu lieu dans un moment donné. Quant au traitement, je suis de l'avis de M. Guersant ; il faut s'abstenir, et cette conduite est d'autant plus légitimée que depuis la naissance la tumeur a diminué chaque jour. Plus l'on attendra, plus l'on aura de chances favorables pour la guérison.

M. CHASSAIGNAC. Je partage l'avis de mes collègues. Il m'a semblé qu'à l'union de la région cervicale et de la région dorsale il y avait une perte de substance, et que ce serait dans ce point que la tumeur serait en communication avec la cavité rachidienne. Toutefois, si aujourd'hui il y a encore une ouverture, elle est certainement très-petite. Je pense qu'il faut s'abstenir ; l'enfant s'élève bien, il n'y a qu'à gagner à attendre.

COMMUNICATION.

Ablation d'un cancer de l'amygdale et du voile du palais à l'aide de l'écraseur linéaire. — Opération précédée de l'écartement de la carotide interne, de la jugulaire, etc. — M. DEMARQUAY. Quelques années avant sa mort, Blandin chercha à détruire un prétendu cancer de l'amygdale, s'étendant au voile du palais, à l'aide d'une série

de ligatures ; mais pour prévenir le danger de ces ligatures faites au voisinage de la carotide interne, de la jugulaire et des nerfs pneumogastrique et grand sympathique, cet habile chirurgien, après une série de recherches faites avec moi dans mon cabinet à l'Ecole pratique, se décida pour l'opération suivante, préalablement à la ligature de la tumeur : il fit une incision partant au-dessous de l'oreille, longeant le bord interne du muscle sterno-mastoïdien et venant se terminer vers la hauteur du larynx. A l'aide de cette incision et d'une dissection bien faite, il arriva ainsi sur la carotide interne et sur les organes qu'il devait ménager ; ceux-ci furent écartés par un aide, et Blandin put effectuer son opération. J'ai rendu compte de ce fait dans l'*Union médicale* du 25 mars 1848.

Cette opération donna d'abord tout le résultat qu'on attendait ; le malade guérit sans accident. Mais bientôt le mal se reproduisit ; le malade entra à Bicêtre. Là il fut confié aux soins de M. Maisonneuve, qui le soumit à l'usage de l'iodure de potassium, sous l'influence duquel il guérit. On avait eu, dans ce cas, à traiter une tumeur syphilitique qui avait été prise pour un cancer, ce qui explique la guérison par l'iodure de potassium. Ce fait n'en était pas moins digne d'intérêt ; il y avait eu une opération préliminaire hardie à l'aide de laquelle on put pratiquer une opération fort sérieuse.

Tout récemment je me trouvai dans une position semblable à celle de Blandin.

J'ai été appelé à donner des soins à un homme fort, robuste, âgé de cinquante et un ans, et qui portait une tumeur ulcérée occupant l'amygdale droite, les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais et une partie de cet organe, ainsi que la partie de la langue correspondante. Le mal a débuté au mois d'avril dernier. Plusieurs traitements ont été mis en usage, et en particulier un traitement par l'iodure de potassium.

Au moment de son entrée dans mon service (25 août), voici dans quel état le malade se trouvait :

L'amygdale droite est occupée par une tumeur cancéreuse ulcérée à sa surface. La maladie n'est pas bornée à l'amygdale, elle s'étend à la muqueuse qui recouvre les piliers antérieurs et postérieurs ; en haut, à la muqueuse qui recouvre le bord inférieur du voile du palais ; en bas, elle s'avance jusque sur le bord de la base de la langue. La tumeur ne forme pas un relief considérable à l'intérieur de la gorge, en sorte qu'il est probable que le mal n'est pas encore très-étendu en profondeur ; sa circonférence est très-irrégulière, et se continue sous la ligne de démarcation avec la muqueuse des parties voisines, dont elle se distingue cependant par l'hypertrophie des fol-

licules glandulaires et une coloration plus foncée. Au centre, la surface de cette plaie est rugueuse, et elle laisse écouler une faible quantité d'ichor mêlé de pus, qui gêne considérablement le malade.

Par le toucher, on constate une légère induration dans toute la partie malade, qui la distingue nettement des parties saines; l'amygdale paraît glisser sur les parties profondes; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. La déglutition est embarrassée, et le malade commence à perdre de ses forces. Il a consulté d'ailleurs plusieurs chirurgiens, qui ont déclaré n'y avoir rien de chirurgical à tenter, et qu'il devait continuer son traitement par l'iodure de potassium.

Après avoir bien étudié l'étendue du mal que j'avais sous les yeux, j'ai pensé que je pourrais, à l'aide de l'écraseur linéaire, enlever toute la partie malade; mais, comme Blandin, j'avais peur de comprendre dans l'anse de l'écraseur quelque organe important. Pour éviter ce danger, je fis une incision de quatre travers de doigt sur le trajet du bord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien. J'arrivai facilement sur les vaisseaux et les nerfs qui se trouvent au contact de l'amygdale; je les écartai, et cela fait, je me mis en mesure d'enlever la tumeur avec la chaîne d'écraseur; je fis d'abord une incision oblique sur le voile du palais, à la droite de la luette, me servant de l'instrument de M. Chassaignac, auquel j'imprimais un mouvement toutes les quinze secondes. Cela fait, je saisis l'amygdale droite avec des pinces-érignes. Je la fis saillir en dedans du côté de la bouche, et je jetai une chaîne d'écraseur sur cette masse, comprenant l'amygdale, les piliers et une grande partie de la portion droite du voile du palais.

Pendant que l'instrument marchait, je constatais avec mon doigt que je ne dépassais pas les limites voulues; le mal fut enlevé sans hémorrhagie. J'enlevai avec des ciseaux courbes la partie de la langue qui était en rapport avec l'amygdale, ainsi que quelques glandules hypertrophiées. Je réunis par première intention mon incision préliminaire; au bout de quelques jours, j'avais de ce côté une réunion parfaite. Du côté de la bouche, les choses allaient bien; cependant le malade cracha pendant quarante-huit heures une certaine quantité de sang. Mais l'usage de la glace et de l'eau glacée mirent fin à cette petite hémorrhagie, et tout alla parfaitement.

L'opération a été faite le 5 septembre, et quinze ou vingt jours après le malade rentrait dans sa famille. Depuis, il n'a cessé de venir me voir tous les huit ou dix jours; sa santé est parfaite; il a repris son embonpoint. Il y a quelques jours, quand je l'ai vu, la cicatrisation était presque complète, sauf un petit point que j'ai cautérisé. Le résultat de cette opération difficile est satisfaisant; mais ce

n'est pas à ce point de vue que j'ai fait cette communication. Je sais combien, dans ce cas, il faut être en garde contre la récidive ; mon but, en communiquant ce fait, est de rappeler l'idée chirurgicale de Blandin, et de montrer tout le parti que l'on peut en tirer dans le cas particulier. Dans une autre circonstance, j'espère démontrer tout ce que ce fait chirurgical a d'important et les applications qui en découlent.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Les opérations de ce genre méritent toute l'attention, en ce qu'elles ouvrent à la médecine opératoire une voie nouvelle. Dans un cas analogue, j'avais cru devoir faire la ligature de la carotide, mais je crois que l'incision de Blandin est bien préférable. Elle permet, en effet, d'arriver sur la paroi latérale et postérieure du pharynx sans léser aucun organe.

M. RICHET. J'ai été témoin de l'opération de Blandin ; il a découvert la carotide, l'a mise à nu et l'a portée en dehors pendant son opération. Il s'est ainsi assuré contre sa blessure. Le malade qui a subi cette opération offre cela de curieux qu'il a été soumis deux fois à une opération pour cette tumeur du voile du palais, et qu'étant entré à Bicêtre comme incurable, il fut cependant guéri par M. Maisonneuve, qui lui administra de l'iodure de potassium.

M. DEMARQUAY. Dans mon opération, je n'ai pas ouvert la gaîne de l'artère ; je me suis contenté de la sentir sous mon doigt et de l'écarter. Par cette incision préliminaire, je me suis assuré que le tissu cellulaire rétro-pharyngien n'était pas atteint par le cancer. Je n'aurais pas continué mon opération si je l'avais trouvé dégénéré. Si mon malade ne guérit point, le mode opératoire auquel j'ai eu recours sera toujours applicable à d'autres cas analogues.

M. GUERSANT. Je voudrais savoir si M. Demarquay, averti par le cas de Blandin, a fait subir à son malade un traitement antisyphilitique avant de le soumettre à une opération.

M. DEMARQUAY. J'ai fait toutes sortes de traitements, et c'est après avoir acquis la certitude de leur insuccès que j'ai tenté cette opération.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 22 octobre 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine ;

2° Deux demandes de congé de la part de MM. Chassaignac et Richet. (Commission des congés.)

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. GIRALDÈS. Je me suis absenté au moment où M. Blot a présenté un enfant ayant une tumeur de la région cervicale postérieure. Je dois à la Société de formuler mon opinion sur le diagnostic de cette tumeur. On n'a accepté qu'avec réserve l'existence d'un spina-bifida. Quant à moi, je n'ai aucun doute à cet égard, et je n'hésite pas à affirmer radicalement que cet enfant est atteint de spina-bifida. Je me fonde sur plusieurs motifs :

1° Le siége de la tumeur; en effet, quand on voit sur le trajet de la colonne vertébrale une tumeur globuleuse, fluctuante, on doit toujours penser à un spina-bifida ;

2° C'est le propre des spina-bifida de s'affaisser quelques jours après la naissance. Un kyste congénital reste toujours tendu, il ne s'affaisse pas.

C'est donc un spina-bifida, mais avec un pédicule très-étroit, ce qui a permis un déplacement par en bas de la masse de la tumeur. Il n'est pas rare de voir des spina-bifida pédiculés subir ces déplacements, de sorte que leur point d'implantation ou d'émergence est situé plus haut que la tumeur de deux ou trois vertèbres. Les méningocèles que l'on voit à la surface du crâne subissent la même modification dans quelques circonstances, parce qu'elles offrent quelquefois un pédicule très-mince.

Quant au traitement conseillé pour ce cas, consistant dans des ponctions capillaires avec application de collodion après la ponction, je l'approuve d'autant mieux que j'ai été le premier à le conseiller pour cet enfant. J'ai du reste obtenu un très-beau succès avec ce traitement. Quand les premières ponctions ne réussissent pas à faire

disparaître complétement la tumeur, je le recommence au bout de huit jours.

COMMUNICATION.

Kyste de l'ovaire. — Ovariotomie. — Guérison. — M. BOINET. J'ai l'honneur de présenter la dame que j'ai opérée d'un kyste de l'ovaire. Cette dame est âgée d'environ trente ans. Elle a eu d'abord un enfant quelque temps après son mariage. Rien de particulier ne se passa à cette grossesse et les suites de couche furent naturelles. Il y a deux ans, cette dame vit son ventre se développer, on crut à une grossesse, puis plus tard on s'aperçut que c'était un kyste de l'ovaire. Il y avait, en effet, une fluctuation tellement franche, évidente, que l'on reconnut un kyste uniloculaire. Ce kyste avait acquis un volume très-considérable, quand je fus appelé pour l'examiner.

Je conseillai alors les injections et j'en fis sept à divers intervalles. La première ponction fit sortir dix-huit litres de liquide, puis les ponctions suivantes donnaient de moins en moins de liquide. C'est ainsi que j'avais successivement vu la quantité descendre à 16, à 14, à 12 litres. Cependant si le liquide diminuait, je remarquais dans les derniers mois qu'il se reproduisait avec une grande promptitude. En même temps, cette dame s'affaiblissait de jour en jour et maigrissait considérablement. Comme cet état m'inquiétait, je conseillai l'ovariotomie, qui fut acceptée.

Voici d'abord la pièce anatomique. Elle se compose d'une seule poche, au fond de laquelle on voit une sorte de tumeur aréolaire que le microscope a reconnue être composée par du tissu fibro-plastique. Cependant cette tumeur n'était pas assez grosse pour empêcher le retrait de la poche kystique. J'ai remarqué qu'après chaque ponction la fluctuation diminuait, ce que j'expliquais par l'épaississement des parois revenues sur elles-mêmes. J'ajoute que la face externe de la poche avait contracté quelques adhérences molles avec les parties ambiantes. J'ai détruit ces adhérences en les liant et en coupant au-dessous de la ligature.

Voici les détails relatifs à l'opération que j'ai pratiquée : J'ai d'abord donné du chloroforme, mais avec réserve, parce que cette malade était rebelle à cet agent. Pendant les premiers moments elle est tombée tout à coup dans l'insensibilité la plus complète, si bien que j'ai eu quelques craintes; mais le pouls battait encore, ce qui me rassurait. On a remédié à ces premiers accidents, puis des vomissements bilieux se sont déclarés. Quand tout a été calmé, j'ai redonné du chloroforme, mais avec la plus grande réserve. La malade a été anesthésiée, et elle ne s'est réveillée qu'au moment de l'extraction du

kyste. Quand le sommeil anesthésique a été établi, j'ai fait sur la ligne médiane une incision de 10 centimètres environ, partant de 3 centimètres au-dessous de l'ombilic et allant se terminer au-dessus du pubis. Quelques artérioles ayant été ouvertes dans cette incision des parois, j'en ai fait la ligature avant d'aller plus loin, afin d'être assuré que rien ne pouvait tomber dans la cavité péritonéale. Alors j'ai soulevé le péritoine et je l'ai incisé sur une sonde cannelée. Le kyste s'est présenté de lui-même vers cette ouverture; mais pour favoriser son expulsion en même temps que pour empêcher l'introduction de liquides dans le péritoine, j'ai fait exercer par des aides une compression modérée sur les parois latérales de l'abdomen. Tout étant ainsi disposé, j'ai pratiqué une ponction avec un trocart conique qui m'a paru avoir sur les autres l'avantage de prévenir l'issue du liquide entre ses parois et l'ouverture qu'il fait. Quand le kyste a été vidé à moitié, je l'ai fixé sur le trocart, puis j'ai achevé de le vider. C'est alors que je l'ai saisi avec des pinces érignes et avec des pinces plates pour ne point le déchirer; je l'ai soulevé et je l'ai attiré au dehors. Comme mon incision était un peu étroite, j'ai eu quelques difficultés pour faire l'extraction de la masso kystique, surtout quand il a fallu faire sortir la tumeur aréolaire contenue dans les parois de la poche principale. Quand le kyste a été sorti du ventre, j'ai garni le pédicule avec de la flanelle, et j'ai appliqué le clamp modifié par moi. J'ai fait l'excision de la poche, puis j'ai fait quelques ligatures d'artères contenues dans le pédicule, et après cela j'ai ôté le clamp, parce qu'il gêne, masque la plaie, empêche l'application des sutures. J'ai été obligé de pratiquer trois ligatures dont une en masse, parce que des artères volumineuses se trouvaient dans le pédicule. Pendant qu'un aide tenait les fils et le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie de l'abdomen, j'ai réuni cette plaie avec des épingles et la suture entortillée, en ayant soin de comprendre le péritoine dans la suture. L'épingle inférieure a été passée en même temps dans l'épaisseur du pédicule, afin d'empêcher que celui-ci ne rentre dans l'abdomen.

Après l'opération, j'ai prescrit des cataplasmes laudanisés, des flanelles chaudes, du vin de Xérès, du bouillon et des potages. La première journée a été parfaite, le pouls est resté à 90, il y a eu du sommeil. J'ai appliqué une couche de collodion sur la plaie. Le lendemain matin il y a eu des vomissements bilieux, mais sans péritonite; je savais que la malade vomissait facilement. J'ai continué le même traitement, et j'ai permis des aliments solides.

Le quatrième jour, la malade a mangé une côtelette; le collodion a été enlevé, et j'en ai fait une seconde application. Il y avait à peine de

la suppuration. Les ligatures sont tombées le 1er octobre. La ligature en masse est restée trente jours.

Aujourd'hui, mon opérée ne souffre plus; elle n'a pas de tuméfaction dans le ventre; les règles sont revenues, elles ont duré cinq jours comme auparavant; la plaie abdominale est bien cicatrisée.

DISCUSSION.

M. BOUVIER. M. Boinet parle de cicatrice. Il est bien convenu que cette expression n'est pas rigoureuse, car il y a encore une plaie, et l'angle inférieur est en suppuration.

M. HOUEL. Je crois que le fait communiqué par M. Boinet est intéressant en ce qu'il est un des cas rares d'ovariotomie pratiquée avec succès en France.

Quant au kyste, je dois faire remarquer qu'il est uniloculaire, et par conséquent très-favorable pour le succès de l'opération. En effet, quand le kyste est uniloculaire, il suffit de pratiquer une très-petite incision pour extraire la masse kystique, préalablement vidée et réduite à un très-petit volume. J'ai déjà examiné plusieurs kystes ovariens extraits; je citerai entre autres ceux de M. Nélaton, de M. Demarquay, et quelques-uns venus d'Angleterre; je dois dire que tous ces kystes différaient notablement de celui qui nous est présenté par M. Boinet.

En voyant cette petite masse, j'ai été un peu surpris, et j'ai cru au premier abord que le kyste n'avait pas été enlevé. Les kystes que j'ai vus jusqu'ici étaient encore volumineux et d'un poids très-grand.

Il y a donc là une circonstance très-favorable, qui explique le succès obtenu par M. Boinet. Si ce kyste était plus simple, il faut le faire remarquer, pour bien se rendre compte des conditions qui ont amené ce résultat favorable.

Quant au procédé de ligature du pédicule de la tumeur, il n'est pas nouveau. Spencer Wells l'avait déjà mis en usage.

M. DEMARQUAY. J'ai été très-heureux d'apprendre le succès obtenu par M. Boinet. Notre collègue attribue la réussite de son opération aux diverses précautions qu'il a prises; je ne crois pas qu'il en soit réellement ainsi. Je les ai toutes employées, et cependant je n'ai pas réussi. J'ai assisté à trois opérations faites en Angleterre, les kystes se sont rompus, le liquide s'est épanché dans la cavité péritonéale; le liquide épanché a été enlevé; le péritoine a été lavé, essuyé soit avec la main, soit avec une éponge, et malgré cela, les malades ont guéri.

A côté de cela, si l'on considère que chez une malade de M. Néla-

ton le kyste était uniloculaire, que l'incision a été petite, très-simple, qu'il n'y a pas eu d'épanchement dans le péritoine, et que cependant la mort est survenue, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'en dehors des soins les plus attentifs, il existe des conditions à nous inconnues, qui font réussir dans un cas et échouer dans un autre en apparence plus favorable. M. Boinet pense qu'il faut se garantir de l'épanchement, tout le monde est de son avis; et cependant, eu égard à ce point, il existe encore un doute, puisque quelques chirurgiens prétendent que la présence d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine est une condition de succès. Il semblerait alors que le péritoine est en quelque sorte macéré, et désormais exempt d'inflammation traumatique. La présence de ce liquide indique aussi qu'il n'y a point d'adhérences.

Quant à la forme du clamp, je la crois à peu près sans importance. Spencer Wells se sert tantôt d'un clamp, tantôt d'un autre, indifféremment.

Quant à la ligature du pédicule faite simplement, sans clamp, elle a été employée par Smith, et sur douze opérations il a eu neuf succès. Je reconnais cependant que ces succès plus fréquents s'expliquent parce que ce chirurgien opère seulement en ville. J'ai assisté à une de ses opérations, il y eut rupture du kyste, dont les parois étaient très-friables; l'extirpation se fit par petits fragments, et néanmoins, quand je quittai la malade quelques jours après, son état était assez satisfaisant. Spencer Wells a vu un cas semblable dans sa pratique.

Quant aux suites de l'opération, je crois que si elles n'ont pas amené une mort prompte, elles sont plus tard très-heureuses. Les vomissements bilieux ne sont pas toujours l'indice d'une péritonite. Pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'ils s'accompagnent de ballonnement du ventre.

M. GIRALDÈS. M. Demarquay a touché une question capitale relativement au traitement des kystes uniloculaires et multiloculaires. M. Houel semblait dire que M. Boinet s'était trouvé à son insu dans les meilleures conditions de réussite en traitant un kyste uniloculaire. Mais ces sortes de kystes ne sont pas rares; Spencer Wells en a publié plusieurs cas, M. Backer-Brown en a opéré, et l'on peut en trouver dans les musées.

M. Demarquay a abordé une autre question, à savoir : la différence qu'il y avait entre les sujets, ou, en d'autres termes, les conditions inconnues du succès ou de l'insuccès. Je dois dire que j'ai assisté à une opération de Backer-Brown; je l'ai vu éponger le péritoine, introduire dans sa cavité une flanelle, frotter sa surface, mais la ma-

lade a eu une péritonite promptement mortelle. Je sais aussi que ces manœuvres ont quelquefois amené le tétanos.

J'ajouterai en terminant que, tout en reconnaissant qu'il y a des indications qui autorisent l'ovariotomie, il faut savoir se retenir, car cette opération n'est pas sans inconvénient, et elle a dans ces derniers temps encore procuré huit morts sur vingt-quatre opérées. Je crois, par exemple, qu'à l'âge de quarante ans il faut déjà mûrement réfléchir avant d'opérer. L'ovariotomie est indiquée si la tumeur est tellement gênante qu'elle empêche la malade de se livrer à ses occupations usuelles. Si la femme a plus de quarante à quarante-cinq ans, il faut s'abstenir. C'est alors qu'il faut avoir recours à la ponction simple faite tous les six mois, tous les ans, tous les deux ans et même tous les douze ou quinze ans, comme cela s'est vu. N'oublions pas que dans les hôpitaux de Londres l'ovariotomie n'a pas encore donné un seul succès.

M. DEMARQUAY. Personne n'a dit que l'ovariotomie était innocente. Pour tous, elle est très-grave. Les chirurgiens anglais obtiennent des succès parce qu'ils sont circonspects; ils n'opèrent que dans certaines conditions déterminées; ils choisissent leurs malades. Je sais qu'il y a quelques abus : ainsi j'ai vu pratiquer une ovariotomie pour un kyste uniloculaire très-simple; je trouve cela mauvais. Dernièrement j'ai refusé l'opération, parce que la femme était âgée, épuisée. Je crois que plus tard on connaîtra mieux les questions de diagnostic, et que l'on opérera avec plus d'autorité et de certitude.

M. BOINET. Ma réponse à M. Houel a été faite par M. Demarquay. C'est, en effet, toujours très-grave quand on ouvre le péritoine, qu'il s'agisse d'un kyste uniloculaire ou d'un kyste multiloculaire. Je n'ai jamais prétendu qu'il fallait enlever les kystes uniloculaires simples; celui que je présente aujourd'hui rentre dans la classe des kystes multiloculaires. J'avais fait cinq injections iodées, il y avait affaiblissement et amaigrissement progressifs ; il fallait prendre un parti, car sans cela la malade serait morte. Je reconnais que nous avons encore beaucoup à étudier les indications et les contre-indications de l'ovariotomie. C'est une étude à poursuivre. J'étais sûr qu'il n'y avait pas d'adhérences, parce qu'à chaque ponction le kyste s'était rétracté, si bien que, dans les derniers temps, il formait une petite tumeur vers la fosse iliaque droite. Les ponctions faites avant l'ovariotomie me paraissent avantageuses à plusieurs points de vue :

1° Elles diminuent le volume du kyste, ce qui rend l'opération plus facile ;

2° Elles favorisent l'épaississement des parois du kyste, ce qui évite leur rupture pendant l'extirpation ;

3° Elles aident à poser le diagnostic sur la forme du kyste et sur ses adhérences.

M. Houel a dit que le volume considérable du kyste est une condition d'insuccès ; je ne crois pas que cela soit bien jugé ; il faut encore voir s'il y a là une contre-indication réelle.

M. DEMARQUAY. Le signe de la rétraction du kyste donné par M. Boinet pour juger si le kyste est uniloculaire n'est pas suffisant pour les kystes multiloculaires. Ainsi, chez ma dernière opérée, il y avait eu réduction incomplète : c'était un kyste multiloculaire. Il serait très-important d'établir le diagnostic des adhérences. A cet égard, de nombreuses observations m'ont prouvé que l'existence du liquide dans le péritoine pouvait faire croire à l'absence d'adhérences superficielles. Mais il existe quelquefois des adhérences profondes dans le petit bassin ; or celles-ci sont très-graves.

M. VELPEAU. Je ne veux pas entrer dans la discussion générale de l'ovariotomie ; il y a quelque vingt ans que la même discussion s'est élevée sur cette opération. A cette époque aussi, les uns faisaient et les autres s'abstenaient. J'ai écrit alors que l'ovariotomie est plus ou moins bien indiquée quand il s'agit d'un kyste multiloculaire. Depuis que cette discussion a été de nouveau soulevée, j'observe, j'écoute et j'attends, pour voir s'il y a lieu de modifier les opinions que j'ai émises en premier lieu.

Abordant seulement quelques points de détail, je demanderai donc à M. Boinet quelques renseignements sur le diagnostic des adhérences. M. Boinet a dit qu'il a reconnu l'absence d'adhérences, parce que les ponctions étaient suivies de rétraction du kyste. J'avoue ne pas bien comprendre cette rétraction. Comment! voilà un kyste contenant dix-huit litres de liquide, vous le ponctionnez, et vous dites qu'il se rétracte ! Mais les kystes aussi larges ne reviennent pas sur eux-mêmes, et surtout séance tenante. Après la cinquième injection, le kyste contenait encore huit litres de liquide ; il avait donc mis cinq mois au moins à se rétracter ainsi. J'ai de la peine à m'expliquer comment il était arrivé à former une tumeur dans la fosse iliaque droite.

M. BOINET. Ce n'est pas le jour même de la ponction, mais bien au bout de huit à dix jours, que j'ai constaté la rétraction du kyste. Ce n'est pas non plus à la première ponction, ni à la seconde, mais bien à la cinquième, lorsqu'il s'est agi de l'ovariotomie, que j'ai constaté la tumeur dans la fosse iliaque droite. Dans ces conditions, j'ai cru qu'il n'y avait pas d'adhérences.

M. VELPEAU. J'insiste, parce qu'il s'agit d'une question importante de diagnostic. Les kystes de l'ovaire ne se rétractent qu'avec la plus grande lenteur après la ponction. Chez les femmes qui guérissent après l'issue du liquide, les parois du kyste restent flasques, molles, et elles n'offrent pas de rétraction bien apparente. La tumeur que M. Boinet a trouvée dans la fosse iliaque n'était autre que la tumeur que l'on voit dans le fond du kyste. Quant au véritable sac, il était resté flottant, affaissé, non rétracté dans la cavité abdominale. Je ne crois donc pas que le signe donné par M. Boinet soit péremptoire.

M. GIRALDÈS. A l'appui de l'opinion émise par M. Velpeau, je citerai un fait que j'ai observé à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, qui m'avait confié une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire. J'avais fait chez cette malade plusieurs injections iodées.

Après que la malade eut guéri, nous fîmes attentivement l'exploration du ventre, et nous ne trouvâmes pas que les parois du kyste fussent rétractées. Ce n'est qu'au bout de deux ans que j'ai trouvé dans la fosse iliaque une tumeur ayant le volume d'une tête de fœtus. Il y a mieux; j'ai vu dans le même service de M. Rayer une malade qui avait subi une injection iodée et était morte d'apoplexie quinze jours après. L'examen du kyste montra qu'il y avait affaissement, mais non rétraction. Je pense donc qu'il ne faut pas admettre la rétraction des kystes uniloculaires, et encore moins en faire un signe de diagnostic pour les adhérences.

M. BOINET. Il y a eu confusion. Je n'ai pas dit que le kyste revenait sur lui-même le jour de la ponction; c'est après cinq mois qu'il a constitué une tumeur dans la fosse iliaque droite. J'ai opéré beaucoup de kystes de l'ovaire, et je déclare que quelquefois, au bout de trois mois ou même de cinq mois, je les trouvais rétractés dans une des fosses iliaques. Quand un kyste doit guérir, on voit se manifester promptement ce retrait; quand, au contraire, il ne doit pas guérir, il s'affaisse, et le liquide se reproduit incessamment et le dilate de nouveau.

— La Société nomme au scrutin la commission pour le prix Duval. Cette commission se compose de MM. Trélat, Dolbeau, Verneuil, Marjolin, Larrey.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 29 octobre 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

— M. Giraldès écrit à M. le président pour le prier d'annoncer à la Société la mort de sir Benjamin Collins Brodie.

Ce chirurgien est mort le 21 de ce mois, à l'âge de quatre-vingts ans. Il avait été : président de la Société royale de Londres, dignité qui n'a été remplie que par très-peu de médecins; président aussi du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre; président de la Société royale de médecine et de chirurgie; président du Conseil général d'éducation médicale; chirurgien de l'hôpital Saint-Georges; professeur d'anatomie et de chirurgie au Collége des chirurgiens; membre correspondant de l'Institut de France; associé de l'Académie impériale de médecine; docteur en droit civil de l'Université d'Oxford (*ad hon.*).

Sir Benjamin Brodie a publié des travaux nombreux et variés :

Des *Recherches physiologiques sur l'action des centres nerveux sur la génération et la chaleur animale.*

Recherches sur la chirurgie des articulations; livre qui a atteint cinq éditions.

Recherches sur les maladies des voies urinaires.

— *sur les affections nerveuses.*

Des *Contributions à la pathologie chirurgicale.*

Enfin, deux volumes : *Recherches psychologiques.*

Voilà en résumé les principaux travaux de l'illustre défunt.

— Après avoir exprimé les regrets que la Société éprouve, M. le président remercie M. Giraldès de cette lettre et de la notice qui l'accompagne.

— M. le président annonce à la Société que M. le professeur Vanzetti (de Padoue), et M. Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

COMMUNICATION.

Résection totale de la malléole externe. — M. LEGOUEST fait une communication sur la résection totale de la malléole externe, et présente en même temps un malade sur lequel il a fait cette opération. Il remet la note suivante :

La résection totale de la malléole externe, nécessitée par une affection organique de l'extrémité inférieure du péroné, est assez rare pour que je puisse me permettre d'appeler un instant l'attention de la Société sur un militaire à qui j'ai pratiqué cette opération.

Le nommé R... (Jean), âgé de vingt-cinq ans, né à Saint-Pierre d'Albigny, près Chambéry (Savoie), aujourd'hui soldat aux guides de la garde impériale, appartenait en 1859 aux lanciers du Piémont. Il était en vedette, quelques jours avant la bataille de Montebello (20 mai 1859), lorsque son cheval s'abattit; il eut la jambe droite prise sous l'animal.

Étant seul, il ne se releva qu'avec beaucoup de peine, regagna difficilement en boitant le gros de son corps, et remonta à cheval deux ou trois heures après son accident. Il continua son service, et fit toute la campagne d'Italie, souffrant de temps à autre, et éprouvant un sentiment de piqûre brusque et vive vers l'extrémité de la malléole externe du côté droit, lorsqu'en descendant de cheval il posait le talon à terre, lorsqu'il heurtait de la pointe du pied ou du talon une aspérité du sol, ou qu'il pressait sur la cheville.

Passé au régiment des guides en mai 1860, après l'annexion de la Savoie à la France, il essaya de faire son service, mais la malléole avait grossi ; elle était le siége de douleurs dans la marche, et le malade, obligé de renoncer à l'usage des bottes, ne pouvait porter que des souliers dont il coupait le quartier. Il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans mes salles, en novembre 1860.

La malléole externe de la jambe droite avait au moins doublé de volume; elle était partout également dure et semblait présenter une certaine élasticité. La pression avec le doigt déterminait une douleur aiguë et de peu de durée. Les téguments étaient parfaitement sains; l'articulation intacte conservait tous ses mouvements; la flexion forcée était un peu douloureuse.

Je pensai avoir affaire à un enchondrome, et je proposai au malade une opération qu'il refusa. Espérant vaincre sa répugnance et le persuader qu'aucun traitement ne saurait le guérir, sinon celui qu'il rejetait, je le gardai néanmoins jusqu'en mai 1861, époque à laquelle il rejoignit son régiment. Son affection n'avait pas fait de progrès sensibles pendant son séjour à l'hôpital.

R... rentra dans mes salles en mars 1862 dans l'état suivant :

La tumeur a beaucoup augmenté de volume ; elle est grosse comme un œuf de dinde. La dureté n'est plus la même : solide en certains points, elle présente dans d'autres une élasticité manifeste, et se laisse même un peu déprimer. Elle est le siége de douleurs continues, qui deviennent plus intenses sous la pression du doigt. Les téguments sont sains, souples, mais amincis et colorés en rouge-brun sur toute l'étendue de la malléole. L'articulation est toujours intacte, ses mouvements faciles et libres ; la flexion ou l'extension exagérées du pied sur la jambe sont seules douloureuses. La santé générale est excellente.

Je diagnostiquai un cancer de la malléole externe, et je proposai de nouveau une opération, qui fut acceptée par le malade à la condition que je lui conserverais la jambe.

Je me décidai à enlever la malléole externe. L'opération fut des plus simples. Une incision longitudinale, longue de 10 centimètres, permit de disséquer l'os, de le scier avec une scie à chaîne, et de l'enlever.

L'examen de la tumeur fit reconnaître qu'elle était formée, aux dépens de toute la malléole, par une coque osseuse du volume d'un gros œuf de poule, encore très-solide dans certains points, amincie et perforée dans d'autres, particulièrement sur le côté externe. L'intérieur de cette coque était tapissé par une membrane épaisse, très-peu adhérente à l'os et constituant un véritable kyste dans lequel était contenue une matière de consistance et d'aspect caséeux, homogène et reconnue cancéreuse dans toutes ses parties par le microscope.

Le membre placé dans une gouttière en fil de fer fut soumis aux irrigations continues d'eau froide pendant six semaines environ. A cette époque, des accidents inflammatoires de la dernière gravité se déclarèrent, déterminèrent une suppuration des plus abondantes autour de l'article et jusqu'à la partie supérieure de la jambe. De nombreuses et profondes incisions furent faites aux environs de l'articulation et sur la partie interne du membre ; deux séquestres provenant de l'extrémité inférieure du tibia, larges et épais comme une pièce d'un franc, furent extraits ; deux autres plus petits sortirent spontanément. Pendant toute cette période, le membre avait été recouvert de cataplasmes et maintenu dans l'immobilité absolue : on avait toujours eu soin de tenir le pied à angle droit sur la jambe.

Les accidents, après plusieurs phases d'exacerbation et de rétrocession, se calmèrent peu à peu ; aujourd'hui le malade est dans l'état suivant :

Une cicatrice large de 3 centimètres et longue de 10, ferme et so-

lide, occupe la place de l'incision nécessitée par l'opération ; une dépression régulière a remplacé la saillie malléolaire en dehors ; deux très-petites plaies fistuleuses siégent au niveau de l'interligne articulaire tibio-astragalien, et donnent lieu tous les deux ou trois jours à l'écoulement d'une petite cuillerée de pus.

Sur la face interne de la jambe, on rencontre deux cicatrices résultant de l'ouverture d'abcès ; en avant et en arrière de la malléole interne existent les traces de deux autres incisions par lesquelles des séquestres ont été enlevés ; sur la malléole même, un peu plus volumineuse et plus saillante que d'habitude, et recouverte de tissus minces d'un rouge sombre, on voit un petit point fistuleux qui s'est fermé et rouvert plusieurs fois.

Néanmoins l'aspect de l'article est très-satisfaisant ; il n'y a point de gonflement ; les tissus ont repris leur couleur et leur consistance normales, sinon au voisinage des plaies fistuleuses. Il existe une ankylose incomplète du pied, resté à angle droit sur la jambe et légèrement renversé en dehors. Cette disposition prouve que l'ablation de l'extrémité tarsienne du péroné n'entraîne pas la résection du tibia, avec lequel le pied conserve ses rapports à peu près normaux. Les orteils sont en situation régulière, c'est-à-dire sur le même plan que la plante du pied ; mais ils ne peuvent être relevés sur la face dorsale ; le gros orteil est moins mobile encore que les autres. Le malade communique de légers mouvements de flexion et d'extension à l'articulation tibio-tarsienne ; il marche avec des béquilles et commence à poser le pied à terre. Au résumé, tout fait espérer une guérison prochaine, que complétera sans doute l'élimination nouvelle de quelques parcelles d'os nécrosés.

J'aurais voulu vous présenter ce malade totalement guéri ; son impatience de retourner dans ses foyers ne me l'a pas permis. Tel qu'il est, il peut être considéré comme certain de guérir : mais aujourd'hui qu'il est hors de danger, si je me félicite de lui avoir conservé sa jambe, j'ai regretté bien souvent, lorsqu'il était en proie aux accidents dont je vous ai parlé, de ne pas l'avoir amputé, et j'ai été tenté de le lui proposer.

Dans un mémoire dont M. Houel vous a rendu compte le 15 février 1854, Tharsyle Valette, notre collègue, de regrettable mémoire, donne la préférence à l'amputation de la jambe dans les cas où une affection organique de l'extrémité inférieure du péroné exige l'ablation totale de la malléole externe. A l'appui de son opinion, il rapporte deux observations où l'extraction de la malléole nécessita dans un cas l'amputation de la jambe, et dans l'autre occasionna la mort. Alors même que la résection réussirait, il en conteste l'utilité, en rai-

son de l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne et de la rétraction des orteils vers la plante du pied, rétraction qu'il attribue à la section du nerf interosseux pendant l'opération, et qu'il semble considérer comme inévitable.

Cependant les annales de la science renferment un certain nombre de cas de résections totales ou partielles de l'extrémité inférieure des os de la jambe, la plupart pratiquées pour des luxations compliquées de fractures, cas dans lesquels les malades ont non-seulement guéri, mais ont pu même faire de longues marches. L'ankylose de l'articulation du cou-de-pied n'est donc point un obstacle à la marche ; elle peut même être considérée comme une heureuse terminaison de l'opération, lorsque le pied est en bonne situation, puisqu'elle lui donne une fixité et une solidité précieuses. Il n'en est pas de même de la rétraction des orteils vers la plante du pied. Ce dernier phénomène ne nous paraît pas dépendre de la section du nerf tibial antérieur, mais de la soudure et de la rétraction des tendons des fléchisseurs dans leurs gaînes envahies par l'inflammation ou au voisinage desquelles les tissus ont pendant longtemps suppuré. Il peut être prévenu, comme nous l'avons fait, par les soins qu'on apporte pendant toute la durée du traitement à maintenir la bonne direction du pied et des orteils.

Dans les résections qui portent sur l'articulation tibio-tarsienne et sur celle du poignet, toutes deux entourées de nombreux tendons et d'un appareil fibreux considérable, il faut s'attendre à voir survenir l'impotence des orteils et des doigts si l'opération ne guérit pas rapidement et sans accidents.

J'ai fait, il y a deux ans, la résection des extrémités inférieures du cubitus et du radius atteints de carie, et que je mets sous vos yeux : mon opéré guérit sans accidents, mais lentement; tous les doigts de la main restèrent roides, immobiles et tout à fait inutiles, comme on peut le voir sur le moule en plâtre que voici.

Cette circonstance appelle de nouvelles observations et de nouvelles recherches sur l'utilité des résections du poignet et du cou-de-pied. S'il était prouvé que les membres restent la plupart du temps impotents, il n'est pas douteux que la résection, dont les dangers prochains sont peut-être plus graves ici que ceux de l'amputation, ne dût être rejetée et remplacée par cette dernière opération.

Le résultat que j'ai obtenu sur l'opéré que j'ai l'honneur de vous présenter est loin de trancher cette question : il y a tout lieu de croire que mon malade pourra marcher un jour; l'ankylose est incomplète, le pied est solide et peu dévié en dehors, les orteils ne sont pas fléchis vers la plante de l'organe; mais les dangers qu'il a

courus et les accidents auxquels il a échappé sont certainement plus grands que ceux auxquels l'amputation l'eût exposé.

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je tiens à faire une petite remarque à l'appui d'une opinion que j'ai déjà soutenue, à savoir : l'extrême gravité des plaies de l'articulation tibio-tarsienne, soit à la suite de fractures, soit à la suite des amputations.

J'ai déjà dit que l'irrigation appliquée à ces plaies était insidieuse ; que dans les premiers temps tout allait assez bien, mais qu'au bout d'un mois on voyait des accidents formidables se déclarer, parmi lesquels il suffit de citer le phlegmon diffus, la gangrène, accidents qui forcent de recourir à l'amputation, quand ils n'entraînent pas immédiatement une issue funeste. L'exemple que nous fournit aujourd'hui M. Legouest vient à l'appui de ce que j'ai soutenu autrefois. Son malade n'est pas mort, il est vrai, mais il aurait bien pu succomber à la suite des accidents qu'il a eu à traverser.

Quand nous avons émis cette opinion, nous avons été en minorité dans la discussion. Il est juste de dire que nous nous basions sur ce qui a lieu dans les hôpitaux; peut-être qu'il n'en est plus de même pour les malades de la ville, que l'irrigation réussit mieux et que ces plaies offrent moins de gravité.

M. GUERSANT. Je désire savoir comment l'irrigation a été faite. Cette méthode est très-bonne, mais à la double condition d'être bien appliquée et de ne la cesser que graduellement.

M. LEGOUEST. Les irrigations ont été faites avec le plus grand soin et par la méthode généralement suivie. Je ne partage pas la confiance de M. Guersant sur les irrigations continues : souvent elles cachent des accidents graves; mais c'est là une question à part que je ne veux pas soulever maintenant.

COMMUNICATION.

Anévrysmes traités par la compression digitale. — Résultats divers. — M. VANZETTI. J'ai communiqué, il y a quatre ans, les résultats de ma pratique dans le traitement des anévrysmes par la compression digitale. Depuis cette époque, j'ai fait de nouvelles observations que je viens soumettre à votre appréciation.

OBS. I. — *Anévrysme poplité. Compression digitale intermittente ; insuccès de cette méthode. Ligature de la fémorale; guérison lente.*

Au mois de novembre 1859, j'ai reçu dans mon service un postillon qui était affecté d'un anévrysme volumineux occupant l'angle

supérieur du creux poplité. Le côté malade offrait en circonférence 11 centimètres en plus que le côté sain. Je fis la compression digitale intermittente; c'est-à-dire que le jour seulement le malade était soumis à cette méthode, tandis que la nuit on ne faisait rien. Cette compression était exercée par les élèves attachés au service. Cet anévrysme a été opiniâtre, il a résisté à ce mode de traitement. Un mois s'était passé sans que nous eussions rien obtenu de bon. Au bout d'un mois et demi, il s'échauffait de temps à autre; il se manifestait des douleurs. Puis il survint des spasmes très-violents de la cuisse, et pendant ces spasmes l'anévrysme durcissait par suite de la compression musculaire. Voyant que la guérison ne survenait pas, je me décidai alors à faire la ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa, sans me dissimuler les doutes que j'avais sur l'efficacité de cette méthode appliquée dans ces conditions. Après cette ligature, les pulsations cessèrent; mais ce fut tout. Au bout d'un an, la poche n'était pas encore solidifiée. J'ai cependant suivi ce malade, et ce n'est qu'au bout de trois ans que l'anévrysme a disparu. Aujourd'hui le creux poplité présente à peine les traces de l'anévrysme. J'ajouterai que pendant plusieurs mois après la ligature le patient a éprouvé une sensation très-pénible de brûlure au niveau des orteils.

Ainsi voilà donc un cas dans lequel la compression digitale n'a pas réussi, et dans lequel la ligature elle-même n'a produit la guérison qu'au bout d'un temps très-long.

Obs. II. — *Anévrysme poplité. Compression digitale; insuccès. Ligature; mort.*

Le second cas est très-curieux, quoiqu'il ait été suivi d'une issue funeste. Un chirurgien de Chiozza me fit part d'un cas d'anévrysme qu'il avait dans son service, et qui ne s'améliorait pas par la compression digitale. Je me rendis dans cette ville, et j'y vis un malade qui offrait une grande analogie avec le mien, quoique dans un état un peu plus grave. L'anévrysme occupait chez lui toute l'étendue du creux poplité. J'engageai mon confrère à continuer la compression digitale. Au bout d'un mois, on fut convaincu de l'inutilité de cette méthode, et l'on fit la ligature au sommet du triangle de Scarpa. Un mois après, on m'écrivit que le malade était sorti guéri de l'hôpital. Ce résultat me surprit un peu, et je demandai des renseignements plus précis, voulant savoir si la tumeur était molle ou dure. On me répondit que la tumenr était encore très-apparente; que si elle était un peu diminuée de volume, elle présentait encore de la mollesse; que, du reste, le malade marchait et se trouvait mieux. Mais au

bout de deux mois ce malade s'alita ; la tumeur s'enflamma, s'abcéda et s'ouvrit. Il y eut une hémorrhagie foudroyante, qu'on arrêta heureusement au moyen d'un tamponnement. Le malade fut envoyé à l'hôpital et confié de nouveau au chirurgien de Chiozza. Là la suppuration continua, le malade s'épuisa et mourut.

Voilà donc un second cas dans lequel la compression digitale a été suivie d'insuccès. Dans ce cas aussi la ligature a échoué ; la poche s'est enflammée, et la mort a eu lieu. Je vais maintenant vous parler de deux faits intéressants qui ont été au contraire suivis de succès.

Obs. III. — *Anévrysme du pli du bras. Compression digitale ; guérison.*

Un chirurgien de Venise m'écrivit qu'il avait dans son service un malade octogénaire affecté d'un anévrysme du pli du bras survenu à la suite d'une saignée malheureuse, et sur lequel il avait déjà appliqué sans succès la compression digitale. Je me rendis à Venise. Là, je pus constater que cet anévrysme avait une forme singulière ; il avait le volume et la forme d'un œuf de poule, et il portait à son point le plus culminant une proéminence, une sorte de dé fort saillant ayant une base assez résistante, mais une extrémité libre très-molle. En appliquant la pulpe du doigt sur cette saillie, on la faisait disparaître par une pression peu considérable ; elle était dépressible dans la tumeur, sur laquelle elle proéminait. Je constatai, en outre, tous les symptômes d'un anévrysme traumatique, mais sans communication avec les veines ; celles-ci n'étaient, en effet, ni variqueuses ni dilatées. C'était donc un anévrysme simple. On fit la compression digitale avec le plus grand soin, d'après mes conseils et mes indications. Quelque temps après je revins à Venise, et, malgré la compression, l'anévrysme n'était pas guéri. Je le trouvai plus solidifié, plus résistant dans sa masse totale ; mais la petite tumeur qui le surmontait était restée molle. Quand je comprimais cette tumeur, je ne constatais cependant plus de frémissement comme autrefois. Cela me fit bien augurer de la méthode. Pour faciliter la solidification, je pris une boulette de cire, je l'appliquai sur la petite tumeur, et je l'y maintins avec une bandelette de diachylon faisant le tour du coude sans exercer une compression trop forte. En même temps, on fit la compression digitale sur l'artère humérale. Au bout d'un mois, cet anévrysme était bien guéri ; sa solidification était complète.

Ainsi la compression digitale a été, dans ce cas, suivie d'un succès complet.

Deux ans après sa guérison, cette femme, qui était très-âgée, mourut. On fit l'autopsie, et on trouva que l'artère était perméable dans

toute sa longueur. On conserve la préparation de cette artère dans la collection de notre hôpital.

Obs. IV. — *Anévrysme du pli du bras. Compression digitale. Guérison.*

En 1860, j'ai reçu dans ma clinique un malade âgé de soixante ans, très-robuste, qui, après une saignée, eut un anévrysme du pli du bras. Cette saignée avait été suivie d'un phlegmon de tout le bras qui masqua d'abord la lésion; mais quand le gonflement fut en partie dissipé, on s'aperçut de l'anévrysme. Quarante jours environ après la saignée, il me fut confié; il portait encore les traces de son phlegmon; le bras était volumineux, les doigts rigides. On constata dans le pli du coude une tumeur pulsative et offrant tous les symptômes qui caractérisent un anévrysme. La compression digitale, étant impossible à exercer sur le bras gonflé, fut faite dans la région sus-claviculaire. Après quelques jours de ce traitement, il y eut une diminution très-notable du gonflement du bras, ce qui nous permit désormais de faire la compression digitale sur l'artère humérale elle-même. Les élèves du service chargés de cette compression se remplaçaient toutes les deux heures.

Cinq jours se passèrent, puis dix, puis douze, et cependant tous les symptômes persistaient; peut-être y avait-il un peu plus de dureté dans la poche, mais voilà tout.

Nous étions arrivés au quatorzième jour sans avoir encore rien obtenu; les élèves commençaient à être fatigués, et ils doutaient. Déjà leur zèle se ressentait de leur doute, et ils désespéraient aussi bien que le malade. Dans ces dispositions, je ne me décourageai pas; j'annonçai à mes élèves que je ferais la ligature le surlendemain, voulant essayer moi-même, avec mon aide, de faire la compression pendant 24 heures. A midi, mon aide et moi nous nous mîmes à l'œuvre. Nous faisions la compression à tour de rôle, et nous remplaçant tous les quarts d'heure. Cette compression était continue et complète autant que possible. Quand nous cédions notre place, nous avions bien soin de ne pas laisser le vaisseau perméable.

A quatre heures du soir, je voulus voir s'il y avait modification; nous cessâmes la compression; il n'y avait plus de frémissement, et l'auscultation ne nous faisait percevoir qu'un bruit lointain. Je fus encouragé par ce résultat; nous reprîmes la compression digitale dans les mêmes conditions.

A neuf heures du soir, un de mes collègues examinait la tumeur et ne constatait plus de bruit de souffle. A minuit, la tumeur était solidifiée; l'anévrysme était guéri.

Cet homme vit encore; il ne présente plus de traces de son anévrysme. Ce fait me fit réfléchir, et je pris la résolution de ne jamais faire la ligature pour un anévrysme avant d'avoir exercé moi-même la compression digitale.

Obs. V. — *Anévrysme poplité. Compression digitale. Guérison en 150 minutes.*

Au mois de mars 1861, le même chirurgien de Venise m'envoie une femme âgée de soixante-six ans, portant un anévrysme du creux poplité battant depuis huit mois, volumineux, à pulsations visibles à la première vue. Cet anévrysme paraît avoir débuté de la manière suivante :

Un jour de fête, cette femme étant assise dans sa chambre, c'est-à-dire au repos, sentit tout à coup une douleur très-violente dans le creux poplité. On la mit au lit et la douleur cessa ; mais lorsqu'elle se leva elle éprouva de la gêne dans les mouvements et elle s'aperçut d'une tumeur. Ce même accès de douleur lui revint tous les huit jours assez régulièrement pendant plusieurs fois. Elle négligea de se soigner pour cette maladie ; mais à la fin elle consulta un médecin qui reconnut la nature du mal.

Le lendemain de son entrée dans mon service, sans traitement préalable, je commençai moi-même la compression digitale à onze heures du matin. Une heure, deux heures se passent sans que l'anévrysme soit modifié. Mon aide étant fatigué, j'appliquai mon doigt sur l'artère fémorale, pendant que mon autre main était sur l'anévrysme, afin d'être bien sûr que la compression arrête le cours du sang. Au bout de quelque temps, je suis fatigué, et je fais appliquer les doigts de mon aide sur mon doigt pour être bien assuré que le sang ne circule plus. Cette compression sur mon doigt me fait perdre la sensibilité tactile, de sorte que je ne savais plus si j'étais bien sur l'artère ; mais ma main placée sur la tumeur ne perçoit aucun battement, ce qui m'indique que la compression est bien faite.

Cependant, au bout de quelques instants, il me semble bien constaté que mon doigt n'est plus sur l'artère, et néanmoins la poche anévrysmale ne bat plus. Je cesse toute compression ; j'examine la tumeur, et elle était solidifiée. La compression avait duré 150 minutes, et elle avait suffi pour amener la guérison !

Voilà un brillant succès dû à cette méthode. J'ai revu cette femme il n'y a pas longtemps, et le succès ne s'est point démenti.

Voilà, Messieurs, les faits que je voulais vous communiquer, bien

convaincu que vous les accueilleriez avec la même bienveillance que les premiers.

(Tout l'auditoire fait suivre cette communication d'une salve d'applaudissements.)

DISCUSSION.

M. VERNEUIL. Je ne veux demander qu'un simple renseignement. L'anévrysme de la deuxième observation était-il diffus? le sac avait-il été rompu préalablement? S'il en était ainsi, je pourrais rappeler le fait que nous a communiqué M. Bourguet (d'Aix), offrant avec celui-là la plus grande analogie.

Il s'agissait, en effet, d'un anévrysme diffus, traité sans succès par la compression digitale, soumis ensuite à la ligature et suivi de mort.

M. VANZETTI. Quand je l'ai vu, il n'était pas diffus; il n'était pas énorme; il avait pris la forme du losange, circonscrit par le creux poplité. Je dirai à cet égard qu'il n'est pas toujours très-facile de juger si un anévrysme est diffus ou circonscrit. J'ai seulement pensé que dans ce cas il n'était pas diffus. Il y a une question que je voudrais voir examiner, à savoir : si lorsque la compression digitale échoue, la ligature est susceptible de solidifier un anévrysme.

M. VERNEUIL. J'ai communiqué à la Société un cas dans lequel la compression digitale avait échoué. La ligature a été faite ensuite, et elle a été suivie de tous les résultats classiques connus; la guérison n'a pas tardé à se manifester. Le malade qui portait cet anévrysme était facteur à la poste; il a repris ses occupations sans inconvénients.

M. VANZETTI. J'apprends avec plaisir ce résultat heureux, parce qu'il est susceptible de me faire modifier la gravité du pronostic que je portais dans ces circonstances.

M. BROCA. L'insuccès de la compression digitale doit faire diminuer l'espoir que l'on met dans la ligature. En effet, quand la compression digitale échoue, il existe une disposition peu favorable à la coagulation du sang. La ligature pourra bien peut-être encore amener cette coagulation, parce qu'elle intercepte mieux que la compression le cours du sang, mais il n'y a pas beaucoup de probabilité qu'il en sera ainsi. Au reste, dans ce cas, le caillot sera passif et quelquefois suffisant pour amener la solidification, mais moins favorable qu'un caillot actif. Dans le premier cas de M. Vanzetti, il y a eu caillot passif; il est resté une tumeur qui a fini par s'affaisser peu à peu. Dans la seconde observation, nous voyons un cas malheureux qui vient s'ajouter à tant d'autres connus, cas dans lesquels il y a formation d'un caillot passif, qui, agissant comme corps étranger, enflamme,

ulcère le sac et le perfore. J'ai cité beaucoup d'exemples de cette terminaison dans mon *Traité des anévrysmes*. Quand le caillot est passif, la récidive se fait plus facilement, parce que le caillot se dissout au contact du sang ramené par les collatérales qui se dilatent, ou par le bout inférieur.

J'ai relaté vingt-quatre observations de récidives arrivées dans ces conditions.

M. DEMARQUAY. J'ai obtenu une guérison complète d'un anévrysme poplité au moyen de la ligature, bien que la compression eût été préalablement employée. Il est vrai qu'à cette époque, la compression digitale n'étant pas connue, j'avais eu recours à la compression mécanique. Le malade a guéri, mais lentement; son anévrysme était encore assez gros. Au bout de trois ans, l'état du malade était très-satisfaisant, et je n'ai plus rien trouvé dans son creux poplité.

COMMUNICATION.

Résection totale du calcanéum : guérison ; résultats ultérieurs. — M. VANZETTI. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société le moule en plâtre d'une jambe et d'un pied sur lequel j'ai extirpé tout le calcanéum.

Il s'agit d'un garçon de quatorze ans qui avait reçu, en jouant, un coup sur la région du calcanéum. Il était survenu à la suite un abcès, puis des ulcères et des sinus fistuleux tout autour du calcanéum. Le stylet faisait constater un ramollissement du tissu osseux. Toutes ces lésions pouvaient faire penser à l'amputation du pied; mais voyant que toute la partie antérieure du pied était bonne, que l'articulation tibio-tarsienne était saine, j'ai fait seulement l'extirpation totale du calcanéum en employant le procédé suivant :

Incision médiane sur la face postérieure et inférieure du talon, suivant son axe longitudinal ; j'ai ainsi formé deux lambeaux latéraux que j'ai rapprochés après l'extirpation. Les suites de l'opération furent assez simples, et la cicatrisation arriva, quoique lentement. Un mois après, le malade a pu marcher sur le pied, qui ne diffère de l'autre qu'en ce qu'il est un peu dans la flexion, sa pointe portée en haut : ce qui s'explique par l'action des muscles antagonistes du tendon d'Achille. Du reste, cette légère déviation est à peine apparente, et lorsque le pied est dans la chaussure, elle disparaît tout à fait.

Quelques chirurgiens pensent que dans ces cas l'amputation est préférable ; l'exemple que je montre n'est pas favorable à cette manière de voir.

DISCUSSION.

M. DEBOUT. Je désire savoir combien de temps ce jeune homme peut marcher sans se fatiguer et sans souffrir.

M. VANZETTI. C'est un garçon pétulant, sans cesse en mouvement; il monte, il descend les escaliers. Quand il était à l'hôpital, il était toujours sur ses jambes. Quelquefois il marchait en s'appuyant sur une canne; mais aujourd'hui il marche, il court, une bonne partie de la journée. Dans la marche, il fait porter le talon et élève un peu la pointe du pied.

M. LE PRÉSIDENT. Je veux joindre mes applaudissements à ceux de mes collègues; je félicite M. Vanzetti de ses beaux succès, et je le remercie de son intéressante communication.

COMMUNICATION.

De la fracture des deux rotules chez deux frères. Nouvel appareil pour traiter ces fractures. — M. TRÉLAT. Il existe dans la science des observations de fracture des deux rotules chez le même individu, mais non simultanément produites. M. Malgaigne signale ce fait, et cite les cas de Meuschner, de Bromfield, de Camper, d'A. Cooper; il attribue la seconde fracture à une cause toute mécanique. Voici les expressions qu'il emploie : « La faiblesse de la jambe blessée engage le malade à reporter instinctivement sur l'autre tout le poids du corps, surtout dans les efforts énergiques; la rotule saine se fatigue à la longue, et finit elle-même par se rompre. »

J'ai eu l'occasion de recueillir tout récemment une observation curieuse, qui me paraît en opposition avec cette manière de voir. Pour plus de simplicité, je rapporte les faits non dans l'ordre où je les ai connus, mais dans leur ordre chronologique.

Deux frères, robustes, vigoureux, n'ayant jamais eu d'affections diathésiques, ont eu chacun une double fracture de rotule. Les deux parents, aujourd'hui vivants, se portent bien, et n'ont pas eu de fracture rotulienne. Le frère aîné se brisa la rotule droite à l'âge de vingt-trois ans, en descendant d'un trottoir sur le sol; la marche était peu élevée, il la croyait haute; un mouvement d'extension trop énergique détermina l'accident. Deux ans après, fracture de la rotule gauche en glissant sur une marche dans un escalier. Cette double fracture intéressa vivement les chirurgiens qui soignaient le malade, Thierry et Lisfranc; ils se renseignèrent sur l'état de santé antérieur, et voulurent voir le père et la mère. Leur curiosité eût été bien plus excitée s'ils avaient pu prévoir la suite de l'observation! Ce malade a deux cals fibreux très-courts, de 6 ou 7 millimètres, qui permettent la marche et la station prolongée.

Le plus jeune frère, non moins robuste que son aîné, avait vingt-huit ans quand il se brisa la rotule gauche; c'était en juillet 1860. Le corps penché en avant, et voulant placer une planche sur un largo ruisseau, il se sentit glisser, et l'effort qu'il fit pour se retenir produisit la fracture. Il tomba assis sur le sol, le genou très-fléchi, et ne put se relever qu'avec l'aide des assistants. Un cal fibreux, court et solide, est le résultat de cette fracture.

Le 18 octobre dernier, le malade, qui avait repris toutes ses habitudes, à la sortie d'un théâtre, veut retenir une personne qui manque de tomber devant lui : il trébuche, résiste, et tombe assis sur la marche de l'escalier; sa rotule droite était rompue.

Le lendemain, à ma visite, il y avait un peu d'épanchement; peu d'ecchymose; une douleur très-modérée; un écartement de 2 centimètres environ.

En tenant compte séparément de chacun des deux individus, il me semble difficile de faire intervenir la faiblesse de la jambe blessée, car le cal des premières fractures était court, solide, et la marche était aussi facile qu'avant l'accident; on ne peut donc pas dire que le membre sain supportait seul tout le poids du corps. Mais cette hypothèse me paraît perdre toute chance de probabilité, si on considère que les quatre fractures se sont produites chez deux frères, dans des conditions très-analogues, à peu près au même âge et à peu près aussi au même intervalle. Vraisemblablement il y a là plus qu'une coïncidence, et je ne vois nulle difficulté d'admettre une prédisposition tenant à l'énergie du système musculaire et peut-être aussi à une faiblesse relative du squelette.

On comprend qu'une seule observation ne permette pas de juger la question; mais, malgré mes recherches dans les auteurs anciens et modernes, je n'ai rien trouvé de semblable au court récit qu'on vient de lire. En tout cas, et quelle que soit la conclusion qu'on en tire, le fait méritait d'être signalé.

J'ai employé pour mon malade un appareil très-simple et que je crois très-efficace. Voici en quoi il consiste :

J'applique sur chacun des fragments une plaque de gutta-percha longue de 12 centimètres, que je moule très-exactement en la ramollissant dans l'eau chaude. Le moulage terminé et les plaques durcies en les plongeant dans de l'eau très-froide, je les maintiens en position par une bandelette de diachylon placée à l'extrémité la plus éloignée du genou. Puis j'opère le rapprochement des plaques et des fragments qu'elles embrassent de la manière la plus étroite, à l'aide de la griffe de M. Malgaigne. La vis porte ce rapprochement au degré

qu'on veut. Le membre est ensuite maintenu dans une gouttière inclinée à 45° environ.

Cet appareil (1), facile à construire, peu douloureux pour le malade, permet de surveiller constamment la fracture; il rapproche avec force les fragments, et ce qui à mes yeux constitue un de ses avantages les plus réels, il s'oppose à l'inclinaison en avant des surfaces de fracture, ce qui a lieu chaque fois que la pression porte sur les bords de l'os, comme dans la plupart des appareils à pression concentrique.

DISCUSSION.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai employé le même moyen il y a plus d'un an. Pour cela, je me sers d'une gouttière, sur les parties latérales de laquelle je place des bandes élastiques transversales, que je réunis au moyen de bandelettes semblables disposées longitudinalement. Par cet appareil, je parviens à affronter les fragments avec tant d'exactitude et de facilité, que dans quelques cas j'ai vu les fragments chevaucher.

J'ai dans ce moment un malade dans mon service sur lequel j'ai pu ainsi produire ce chevauchement. J'ai pu guérir avec mon appareil quatre fractures de rotule, et sur trois j'ai obtenu une réunion osseuse.

Dans mon service à l'hôpital Beaujon, j'ai actuellement quatre fractures de rotule que je traite suivant les mêmes principes. Je pense qu'avec son appareil M. Trélat obtiendra les mêmes résultats favorables.

M. TRÉLAT. Il existe dans la science un si grand nombre d'appareils pour la fracture de la rotule, qu'il me semble impossible que l'on ne se rencontre pas dans les principes de leur exécution. Quant au chevauchement, il me paraît difficile de l'obtenir; mais, en tout cas, il ne faut pas le chercher; l'affrontement des fragments suffit.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ulcère fongueux avec production d'épithélium. — M. BROCA. Il s'est formé à Londres une Société dite du cancer; dans cette Société, l'on professait que le cancer ne s'était jamais montré chez un individu affecté d'ulcère à la jambe. Je viens présenter des pièces qui montrent que cette opinion n'était pas fondée.

Un malade portait un ulcère à la jambe survenu à la suite d'une

(1) On en trouvera une description plus détaillée et une figure dans le numéro de décembre du *Bulletin de thérapeutique*.

plaie, et datant de 1813. Cet ulcère avait fini par se fermer en 1821, et il était resté dans cet état jusqu'en 1858 ; depuis cette époque, il s'est ouvert et fermé deux ou trois fois. Depuis ces dernières années, il s'était couvert de végétations fongueuses offrant çà et là des cavités remplies de matière caséeuse qui, en sortant, présentait tout à fait l'aspect des *vers du nez*. Ces ouvertures étaient inégales : les unes avaient un demi-centimètre, arrondies ; les autres, plus petites, aplaties, donnaient à la matière une forme rubanée. A l'origine de ce mal, je n'eus pas d'inquiétude, parce que l'observation d'un cas semblable m'avait démontré qu'il n'y avait pas d'accidents à redouter. Je savais, d'un autre côté, que la matière blanchâtre était de l'épithélium produit dans les anfractuosités. Cependant, chez ce dernier malade, l'affection ne tarda pas à s'aggraver. Le tibia se prit, il se perfora, et des trous faisaient communiquer le canal médullaire avec le dehors. Ces trous ressemblaient à de petites couronnes de trépan. C'est sur ce malade que j'ai observé les pulsations dont j'ai entretenu la Société il n'y a pas longtemps. En cinq ou six semaines, le tibia était détruit presque en entier dans son quart inférieur. Dans toute l'étendue de l'ulcère, il y avait des foyers d'épithélium ; il y en avait aussi dans le tibia, dans le périoste ; de sorte que ces foyers pouvaient être pris pour des masses tuberculeuses ou cancéreuses.

Le second malade, que j'ai observé du reste en premier lieu, a été vu aussi par M. Bauchet. Il se nomme B... (Joseph), et est âgé de 67 ans ; il était contre-maître dans les filatures. A dix-huit ans, il a eu une arthrite rhumatismale suivie d'ankylose de l'articulation coxo-fémorale. L'ulcère a débuté, il y a trente ans, par une petite écorchure. Pendant les dix ans qui suivent, l'ulcère s'ouvre et se cicatrise alternativement pendant deux ou trois mois. La plaie a commencé par la malléole interne de la jambe gauche. Dès le début, il y avait en même temps des varices. Depuis vingt ans l'ulcère ne s'est pas fermé. Alors apparut dans l'aine la pléiade ganglionnaire qu'on observe encore aujourd'hui, et qui est restée stationnaire. Le malade a eu à différentes reprises des érysipèles, dont le point de départ était l'ulcère. Les ganglions inguinaux n'ont jamais été douloureux et n'ont pas suppuré. Il y a quatre ans, la surface de l'ulcère commença à bourgeonner, et par la pression on faisait sourdre de toute la surface ulcérée de petits cylindres d'épithélium.

On peut voir encore sur la pièce que je présente l'aspect qu'offrait cet ulcère, constitué par une sorte de gazon touffu et entourant presque toute la partie inférieure de la jambe. Plusieurs fois Desprès avait abrasé cette surface et pratiqué des cautérisations. La suppuration était très-abondante et très-fétide, à cause de l'épithélium

qui se putréfiait. Quelques hémorrhagies s'étaient manifestées et avaient été arrêtées par le chlorure de zinc. Il s'était formé dans les bourgeons un petit anévrysme caractérisé par des battements et qui fut détruit par la cautérisation.

A la suite de ces traitements, la surface ulcérée avait pris un meilleur aspect, la cicatrice avait marché, et l'ulcère était devenu simple.

Cette année, ce malade est entré à l'infirmerie dans le mois de septembre, et M. Jamain, chargé du service, voyant chez lui une grande débilité, lui avait proposé l'amputation, qui fut refusée. Quand j'ai repris le service, j'ai fait la même proposition, qui a reçu le même refus. J'ai alors fait une nouvelle application de chlorure de zinc, mais déjà le tibia était dénudé dans une assez grande étendue, et quelques jours après il survint de la gangrène.

Comme cette complication faisait chaque jour des ravages nouveaux, j'insistai sur l'amputation, qui fut acceptée.

L'amputation a été faite immédiatement. Le trait de scie a porté sur le tibia dans un point non altéré. J'ai constaté que cet os n'était pas attaqué, que l'articulation tibio-tarsienne était ankylosée; le squelette était ramolli dans le bas de la jambe. La peau était très-mince, brunâtre. L'amputation a été faite suivant la méthode à lambeaux. Les muscles ne se sont pas rétractés, ce qui m'a beaucoup gêné pour la réunion.

Je tiendrai la Société au courant de ce fait. L'examen de la pièce a montré de l'épithélium jusque dans l'épaisseur du périoste.

DISCUSSION.

M. HOUEL. Je veux faire remarquer que cette affection a été figurée par M. Jules Cloquet depuis 1815. J'ai reçu de M. Lherminier (de la Guadeloupe) dix-huit pièces prises sur des nègres portant des ulcères de la jambe offrant cette même complication. J'ai encore les pièces dans le Musée Dupuytren. Quelques-unes présentent des ostéites, des altérations osseuses profondes très-analogues à celles que nous montre M. Broca. D'après le nombre de pièces que j'ai reçues, il semblerait que cette affection n'est point rare parmi les nègres.

L'examen au microscope n'a pas été fait, de sorte qu'on ne peut pas dire qu'il y avait de l'épithélium, mais il est fort probable que l'affection était la même. Du reste, pour juger de la ressemblance, on peut encore examiner une pièce en cire de M. Jules Cloquet : on y trouvera le même aspect qu'à celle de M. Broca.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 5 novembre 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Laborie. *Du rôle des symphyses pendant l'accouchement.* Paris, 1862, in-8°.

Bulletin de la Société médicale des hôpitaux (1er semestre de 1862).

Vierteljahrschrift für praktische Heilkunde, t. III de la nouvelle série. Prague, 1862, in-8°.

Larbès. *De l'amélioration des eaux potables*, etc. Agen, 1862, in-4°.

L. Wecker. *Traité des maladies des yeux*, t. I, fasc. 1er. Paris, 1862, in-8°.

Ach. Chéreau. *Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel.* Paris, 1862, in-8°.

— M. le docteur Symvoulidès (de Saint-Pétersbourg), candidat au titre de membre correspondant étranger, adresse un mémoire manuscrit sur l'*amputation à lambeau périostal.* (Commissaires : MM. Foucher, Verneuil, Guérin.)

— M. Larrey dépose sur le bureau une thèse de M. le docteur Chauvin, ancien chirurgien militaire, intitulée *Considérations sur le phimosis et nouveau procédé de circoncision.* Strasbourg, 1851, in-4°. Il communique en même temps une lettre dans laquelle ce confrère compare son procédé de circoncision avec celui que M. le professeur Borelli (de Turin) a fait connaître à la Société dans la séance du 8 octobre.

COMMUNICATION.

M. LARREY présente, au nom de M. Sédillot, un mémoire sur la rhinoplastie frontale.

Voici ce mémoire, qui est accompagné d'une planche photographique :

Note de M. le professeur Sédillot sur la rhinoplastie frontale. — Dans la séance du 12 février 1862 de la Société de chirurgie,

M. Verneuil, dans son rapport très-intéressant sur divers procédés de rhinoplastie, 1° par glissement avec ostéoplastie, 2° par deux lambeaux géno-maxillaires, 3° par trois lambeaux, l'un frontal, les autres géno-nasaux, a paru tenir en très-médiocre estime la rhinoplastie frontale, quelles qu'en fussent les modifications, et il a même ajouté que cette opération était généralement abandonnée.

Cette sorte de condamnation s'appliquait, il est vrai, d'une manière toute particulière aux cas où les os propres du nez avaient été détruits, mais cette distinction toutefois n'était pas très-accentuée, puisque dans le procédé ostéoplastique de M. Ollier un des os du nez existait encore, et que les lecteurs seraient facilement disposés à étendre le jugement de M. Verneuil à toutes les restaurations nasales.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, les résultats signalés par ce chirurgien à la suite des trois nouveaux procédés décrits par lui étaient trop récents ou trop incomplets pour motiver un jugement définitif, et le seul point sur lequel les membres de la Société aient semblé d'accord fut l'insuccès des tentatives ostéoplastiques au moyen du périoste conservé, et le degré de ressemblance de ces procédés avec la rhinoraphie de l'illustre Larrey.

Parmi les malades que j'ai heureusement opérés de rhinoplastie, j'avais rencontré l'un d'eux à Mulhouse; il y exerçait la profession de menuisier sans que personne sût, même parmi ses camarades, qu'il portait un nez artificiellement reproduit au moyen d'un lambeau emprunté au front.

J'avais présenté à l'Académie des sciences cette observation, qui a été publiée dans le numéro du 21 octobre 1857 de la *Gazette médicale de Strasbourg*.

Je pensai qu'il ne serait pas sans intérêt de savoir quels changements un intervalle de cinq ans et demi aurait apportés dans l'état du malade, et je priai un de nos confrères, M. le docteur Erhmann, ex-professeur de clinique médicale à Alger et maintenant praticien distingué de Mulhouse, de s'enquérir de mon opéré et de le faire photographier s'il le découvrait.

M. Erhmann m'apprit peu de jours après qu'il connaissait depuis longtemps le malade, qu'il l'avait vu opérer à ma clinique, et qu'au jugement du photographe et de tout le monde, le nez était resté la partie du visage la plus régulière au milieu des cicatrices anciennes et profondes qui avaient atteint les téguments.

Je transcris ici les détails fournis par M. le docteur Erhmann.

« Le nouveau nez ne s'est nullement affaissé, et ne forme ni pli ni tumeur au niveau du lobule, avantage que vous aviez sciemment ob-

tenu en ne sectionnant pas le pédicule du lambeau frontal. La solidité du nez est parfaite; le malade peut se moucher très-vigoureusement, sans aucune gêne ni douleur. Les cicatrices latérales sont si régulières et si peu apparentes, qu'il faut un examen très-attentif pour les découvrir; aussi les personnes étrangères à l'art ne se doutent-elles pas de l'opération qui a été pratiquée, et accordent toute confiance au malade, qui dit avoir été blessé accidentellement. C'est au point que plusieurs médecins n'ont pas reconnu la rhinoplastie, et le photographe auquel j'ai conduit hier votre opéré me disait, avec l'accent d'une franche conviction, en faisant allusion aux cicatrices du lupus, que le nez était incontestablement ce que le malade avait de plus esthétique dans les traits.

» Les téguments du nez, restés pendant deux ans environ après l'opération plus pâles que ceux du reste de la face, présentent actuellement avec ces derniers une parfaite conformité de teinte. Ils se colorent d'ailleurs au même degré que les parties voisines, sous l'influence des impressions morales et des excitations de toute nature.

» Le froid ne l'éprouve pas d'une manière insolite.

» Les sensations de l'extrémité du nez sont aujourd'hui encoro rapportées au point où a été emprunté le lambeau, c'est-à-dire au front.

» La sous-cloison reproduite par votre procédé à double lambeau, dont l'un pris à la lèvre supérieure, est également très-régulière, mais un peu courte.

» La narine droite s'est fermée il y a environ un an à la suite d'un impétigo qui en a agglutiné les bords. Comme cette narine était, au dire du malade, un peu plus grande que l'autre, il en est résulté de la gêne dans la respiration nasale et la nécessité de dormir la bouche ouverte. C'est l'effet d'un accident auquel le malade désirerait que vous voulussiez bien remédier. »

Telle a été la communication de M. le docteur Erhmann. Quelques jours plus tard le malade vint me voir, et je constatai l'exactitude des détails précédents.

Je pus aussi m'expliquer le raccourcissement, peu marqué au reste, de la cloison sous-nasale.

Je m'étais borné au moment de l'opération à détacher un lambeau tégumentaire de la partie moyenne et verticale de la lèvre supérieure, pour le renverser horizontalement en haut, et l'adosser à la surface cruentée du prolongement en languette étroite du lambeau frontal.

L'extrémité libre de ce dernier fut engagée dans la partie supé-

rieure de la plaie de la lèvre, et celle-ci fut réunie immédiatement.

Plus tard, la cicatrice de la lèvre s'est écartée, probablement peu à peu et lentement, et la pointe du lambeau frontal est presque venue au contact du bord muqueux de la lèvre, fortement relevé.

Cette modification dans l'état des parties semble montrer la nécessité de tailler le lambeau central de la lèvre dans toute l'épaisseur de cet organe, dont la réunion resterait ensuite complète, tandis qu'en n'entamant pas le muscle orbiculaire et la muqueuse, on s'expose à voir la cicatrice tiraillée et graduellement écartée, comme dans l'observation de notre malade.

Sans doute le lambeau labial serait trop épais, mais on en retrancherait les plans musculaires et muqueux, et le résultat serait le même au point de vue de la restauration nasale, mais resterait meilleur comme permanence des formes de la lèvre.

Je compte, à la reprise de ma clinique, restaurer l'ouverture de la narine droite, et je profiterai de ce moment pour rétablir en même temps la hauteur médiane de la lèvre, en suivant le procédé que je viens d'indiquer.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse de la nuque. Extirpation. Caractères de cette tumeur. — M. HUGUIER fait de vive voix une communication sur ce sujet et remet ensuite une observation suivie de réflexions résumant les caractères principaux de cette affection.

Voici cette observation :

Le 21 octobre 1862 est entrée à l'hôpital Beaujon la nommée C... (Marie), âgée de vingt-cinq ans, domestique, actuellement couchée au numéro 58 de la salle Sainte-Clotilde.

Cette femme, d'une taille et d'un embonpoint médiocres, paraît d'une bonne constitution et d'une santé générale satisfaisante. Elle n'offre aucun antécédent qu'on puisse rattacher à une diathèse.

Venue à Paris il y a deux ans, elle s'y est toujours bien portée. Privée de très-bonne heure de ses parents, elle ne peut donner aucun détail sur leur dernière maladie.

Le motif qui l'amène à l'hôpital est une tumeur située à la région occipito-cervicale postérieure; ce mal a débuté, il y a sept ans, par une petite grosseur du volume d'un pois, s'accompagnant d'une sensation de prurit dont la malade se souvient comme ayant ouvert la série de ses souffrances.

Aujourd'hui, cette tumeur offre le volume du poing d'un adulte.

Des douleurs se font sentir dans la partie malade, et quelquefois il se déclare d'assez violents maux de tête. La douleur est surtout pro-

noncée quand la tête est portée dans l'extension; la flexion ne détermine rien de semblable. La région cervico-occipitale postérieure présente une saillie très-marquée qui est recouverte par les cheveux; la tumeur est limitée en haut et séparée du crâne par un sillon nettement accusé, situé vraisemblablement un peu au-dessus de la ligne courbe supérieure de l'occipital; inférieurement, elle se prolonge sous la peau jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la portion cervicale du rachis; latéralement enfin, elle est bornée par les apophyses mastoïdes. Les téguments sont sains; point d'engourdissement, point d'œdème, qui puissent faire croire à la compression de nerfs ou de vaisseaux. Que si on palpe la tumeur, on la trouve d'une consistance molle, mais d'une mollesse moindre que celle du lipome, uniforme d'ailleurs et point lobulée, quelque peu mobile.

Pour M. Huguier, cette tumeur ne siége point immédiatement sous l'aponévrose, mais bien sous les muscles superficiels de la région (complexus, splénius, trapèze), d'où l'impossibilité d'établir un diagnostic rigoureux. S'agit-il en effet d'une tumeur fibreuse, ou d'un kyste à parois épaisses? Une ponction exploratrice lèverait la difficulté, mais M. Huguier juge inutile d'y avoir recours.

En l'absence de toute contre-indication, l'extirpation est résolue et opérée le 22 octobre.

La partie ayant été préalablement rasée, une première incision intéressant la peau et l'aponévrose est faite longitudinalement sur la ligne médiane, et met de suite la tumeur à découvert. Chacune des lèvres de la plaie est ensuite incisée transversalement, de façon à rendre la dissection praticable : on peut alors vérifier l'exactitude du diagnostic, en ce qui touche le siége de la tumeur. Puis le chirurgien, saisissant cette dernière à pleine main, l'énuclée sans peine après quelques efforts de traction; le pédicule, peu résistant, cède aussitôt. Il s'insérait sur les apophyses épineuses et transverses, et sur l'occipital à sa partie inférieure, ainsi qu'on s'en assure avec le doigt. Nul vaisseau important n'a été ouvert pendant le cours de l'opération. La plaie est réunie par une suture dans sa moitié supérieure et par des bandelettes de diachylon dans le reste de son étendue. On termine par un pansement simple.

La tumeur, convexe à sa partie postérieure, est bilobée à sa partie antérieure : les deux lobes sont séparés par une sorte de poulie, du milieu de laquelle naît le pédicule dont nous avons plus haut indiqué l'insertion.

D'une consistance ferme, élastique, ladite tumeur rappelle jusqu'à un certain point une balle de caoutchouc.

On reconnaît à la coupe que sa structure est en tous points celle

des tumeurs fibreuses de l'utérus. Elle se compose d'une enveloppe fibreuse peu vasculaire, et d'un tissu propre qui semble moins vasculaire encore. Ce tissu, d'une densité assez considérable, est formé de fibres blanches, nacrées, entre-croisées en divers sens, et séparées çà et là par quelques dépôts graisseux, peu nombreux d'ailleurs et peu abondants.

L'examen microscopique vient confirmer ce que l'examen à l'œil nu avait déjà fait connaître.

Un seul accident opératoire eût pu se présenter pendant l'extirpation, mais il fut sûrement évité par l'énucléation et non par la dissection de la face profonde de la tumeur.

COMMUNICATION.

Tumeur fibreuse de la région latérale du cou : extirpation ; caractères de cette tumeur. — M. RICHARD. Je viens mettre sous les yeux des membres de la Société une pièce anatomique qui offre avec celle de M. Huguier de grandes analogies, mais qui dans l'extirpation a présenté aussi quelques différences.

Voici en quelques mots l'histoire de la malade :

C'est une femme de trente ans environ, ordinairement bien portante, bien réglée. Il y a quelques années qu'elle s'est aperçue d'une tumeur dans la région latérale du cou. Cette tumeur, survenue sans cause connue, a pris un développement assez rapide et a produit de la gêne et de la douleur qui forcent la malade à réclamer une opération.

Cette tumeur était située sur la partie latérale du cou, s'étendant en travers depuis les apophyses épineuses jusque sous le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Dans le sens vertical, elle occupait toute la hauteur du cou depuis la région occipito-mastoïdienne jusqu'au bord supérieur du scapulum. Le relief qu'elle faisait n'était pas en rapport avec son volume réel, on voyait qu'elle était comprimée par les masses musculaires de la région ; aussi, dans la région sus-claviculaire, où les muscles font défaut, avait-elle pris un peu plus de développement, et si l'on fait contracter les muscles du cou, la tumeur proémine davantage dans cette région. La peau qui la recouvre est saine, peu distendue, on peut la plisser encore. Il n'y a pas de veines variqueuses au-dessous d'elle. La consistance de la tumeur est très-grande ; la pression fait reconnaître des lobules, surtout à la périphérie et à la circonférence de la tumeur. Il y a une certaine élasticité, pas de fluctuation. La profondeur à laquelle elle se trouve empêche de reconnaître s'il existe de la mobilité à la base. Je diagnostique une tumeur fibreuse.

Je procède à l'opération de la manière suivante :

Je fais une incision verticale qui s'étend depuis la tête jusque sur le bord supérieur du scapulum, en suivant à peu près la direction du muscle angulaire de l'omoplate. Je fais une autre incision transversale partant du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et arrivant aux apophyses épineuses en passant à l'extrémité inférieure de la première incision. J'ai ainsi une incision en T renversé.

Je constate bientôt que la tumeur est sous-aponévrotique et sous-musculaire ; avant d'arriver sur elle je suis obligé de couper les fibres musculaires du trapèze et celles de l'angulaire de l'omoplate.

L'énucléation a présenté quelques difficultés, et sous ce rapport je suis obligé de dire que le caractère donné à ces tumeurs fibreuses d'être facilement énucléables n'a pas existé dans ce cas. L'opération a duré une heure ; la dissection a été pénible à cause des adhérences que la tumeur avait contractées avec les parties voisines. Il a fallu couper un pédicule qui s'implantait sur le bord supérieur de l'omoplate, un peu en dedans du trou sus-épineux. Du reste, il n'y a eu aucun accident pendant l'opération ; je n'ai pas blessé de vaisseaux importants ; les vaisseaux et les nerfs du cou, refoulés par la tumeur, n'avaient avec elle aucune adhérence. La tumeur reposait sur les parties latérales du cou, sur le plexus brachial et sur les muscles profonds, savoir : le splénius, le grand et le petit complexus, et les muscles qui recouvrent directement les vertèbres cervicales.

Voici les caractères de la tumeur : Elle offre le volume de la tête d'un fœtus à terme ; elle est un peu aplatie et en rapport avec la forme du cou, de sorte qu'elle a une face superficielle convexe, sur laquelle sont encore appliquées quelques fibres musculaires, et une face profonde concave qui se moulait sur la colonne cervicale. Son aspect extérieur est lobulé ; à l'incision, on reconnaît tous les caractères de tumeurs fibreuses : tissu dur, blanc, lamineux.

Après l'extirpation, j'ai pratiqué la suture de la plaie, et la malade, qui a été opérée il y a deux jours, va très-bien aujourd'hui.

AUTRE COMMUNICATION.

M. DOLBEAU lit la note suivante :

Mon intention est de vous entretenir d'un fait curieux et instructif qui s'est offert à mon observation il y a deux mois à peine. Dans le courant de mars dernier, M. Richet reçut dans son service un malade dont les fosses nasales et l'arrière-gorge étaient remplies par une masse polypeuse considérable. Cette affection grave se présentait chez un sujet dont l'intelligence obtuse engageait fort peu à entreprendre

une opération difficile, pour laquelle on a en quelque sorte besoin de la coopération du malade lui-même. Notre collègue hésita longtemps, fit voir son malade à plusieurs confrères, et finit par renoncer à tout traitement actif. Pour ne rien faire, voici quelles étaient les raisons invoquées :

1° Difficultés de l'opération, surtout chez un idiot ;

2° Récidive du mal difficile à empêcher ;

3° Enfin, on craignait surtout que la tumeur n'eût envoyé des prolongements jusque dans la cavité du crâne.

En effet, Messieurs, le malade était souvent dans une sorte de somnolence ; il était devenu sourd, et surtout, à deux reprises différentes, il avait été trouvé sans connaissance.

Dans ces conditions, M. Richet m'offrit son malade, croyant sans doute qu'un chirurgien plus jeune serait probablement plus téméraire et oserait entreprendre la guérison du pauvre idiot. J'acceptai, et après des examens nombreux, je me décidai à pratiquer une opération. Les suites de cette tentative ont été malheureuses, le malade a succombé ; et au premier abord, notre collègue paraîtrait fondé dans son abstention. Cependant j'espère vous démontrer que j'étais autorisé à agir ; que la mort du malade était chose peu probable, et que dans tous les cas cette observation méritait de fixer votre attention.

Voici la relation des faits rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Damaschino, l'interne du service.

Polypes fibro-muqueux des fosses nasales. — Diagnostic complexe. Opération. — Mort.

R... (François), âgé de quarante et un ans, est entré le 22 mars 1862 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin.

Homme de petite taille, bien constitué, mais conformé à la manière des singes ; les membres thoraciques sont d'une longueur considérable, les mains arrivent jusqu'au niveau des genoux. D'une intelligence très-peu développée, cet individu passe dans sa famille, et à juste titre, pour un de ces idiots qui sont plus gênants qu'utiles à la société. Depuis plusieurs années, il a été placé à la Roquette pour y faire la surveillance des petits enfants.

Cet homme, outre son intelligence obtuse, est affecté d'une surdité presque complète ; aussi est-il impossible d'obtenir de lui aucune réponse touchant la maladie qui l'amène à l'hôpital. Les quelques renseignements qui vont suivre ont été fournis par une de ses sœurs.

Depuis deux ans, on a remarqué une déformation du nez et un nasonnement très-notable. Dès l'âge de trente ans, c'est-à-dire depuis

dix à douze ans, R... était sujet à des épistaxis fréquentes. Progressivement il était devenu sourd, et l'on avait remarqué que sa voix était modifiée en même temps que sa respiration très-embarrassée. Il se plaignait souvent de douleurs de tête.

Depuis son entrée à l'hôpital, on a fait la remarque que R... dormait souvent dans le jour, et que les maux de tête étaient fréquents. Enfin, à deux reprises différentes, il est tombé dans les cours privé de sentiment, mais cependant sans être agité de mouvements convulsifs.

Etat actuel le 10 septembre 1862, jour où l'opération doit être pratiquée. — La physionomie est celle d'un être presque dépourvu de raison ; le malade rit et paraît très-heureux qu'on s'occupe de lui ; il demande qu'on le guérisse.

Les yeux sont très-saillants, surtout celui du côté gauche ; la vision est intacte.

Le nez est très-élargi, déformé ; les narines sont repoussées au dehors par des masses molles et rougeâtres qui remplissent toutes les fosses nasales. Ces tumeurs saignent facilement ; aussi peut-on difficilement les explorer.

La bouche est constamment ouverte ; on constate de suite que la respiration s'exécute seulement par cet orifice. Du reste, on peut dire que tout le visage offre un aspect vraiment caractéristique, et tel qu'on le retrouve dans tous les cas de polypes remplissant les fosses nasales.

Malgré la saillie des globes oculaires, il est facile d'établir que l'orbite ne renferme pas de tumeur.

Enfin les sinus maxillaires ne sont pas déformés, et il est évident que le polype n'a pas pénétré dans leur intérieur.

L'examen de la bouche et de l'arrière-gorge permet de constater les particularités suivantes :

La voûte palatine est très-excavée, elle forme une sorte de dôme très-élevé au-dessus du niveau des arcades dentaires ; ses dimensions transversales semblent petites.

Le voile du palais est repoussé en avant, et surtout à gauche. Il est facile de reconnaître qu'une tumeur de l'arrière-gorge a refoulé ce voile, en même temps qu'elle descend plus bas. On trouve, en effet une masse grosse comme un petit œuf, bilobée, recouverte par une muqueuse saine, le tout d'une couleur blanc rougeâtre. Le doigt introduit passe en arrière de la tumeur, qui est d'une densité fibreuse ; en la contournant et en la pressant, on rend plus saillantes les tumeurs qui sortent en avant de la narine. L'exploration permet, en outre, d'établir que la colonne vertébrale n'a pas de connexions avec le produit morbide. Le doigt passe facilement ; mais arrivé vers l'o-

rifice postérieur des fosses nasales, il n'y a plus moyen de préciser les implantations du polype, car tout l'espace est rempli par la tumeur.

Il n'y a pas de symptômes généraux. Le malade est sans fièvre; on a remarqué que l'appétit diminuait, que depuis son entrée il maigrissait un peu; enfin, que tous les troubles dus à la présence de la tumeur allaient en augmentant.

Le diagnostic est le suivant: Polype naso-pharyngien de nature fibreuse, s'implantant à la base du crâne et envoyant des prolongements dans les deux fosses nasales et un peu dans la fente ptérygo-maxillaire, ce qui expliquerait l'exophthalmie du côté gauche.

L'opération qu'on se propose alors, et qui a été exécutée, est la suivante:

1° Ouvrir une voie par une opération préliminaire;

2° Extirper la masse et détruire ses implantations.

L'opération préliminaire a consisté à abaisser la voûte palatine d'un côté en la laissant adhérente au voile du palais, après l'avoir rendue libre en dedans et en haut, ainsi que cela a été indiqué par M. le docteur Désanneaux. A ce sujet, nous dirons que cette opération nous a donné peu de jour, et que nous eussions été fort gênés si la masse à extirper avait été plus considérable, et surtout si l'implantation avait été à la base du crâne.

Ce premier temps exécuté, il fut facile de constater que les fosses nasales étaient remplies par des polypes fibro-muqueux à implantations variées; enfin que l'un de ces polypes, plus volumineux que les autres, s'insérait sur les côtés du vomer et remplissait le pharynx, tout en rejetant en avant le voile du palais. Ces différentes tumeurs ont été extirpées ou plutôt arrachées avec des pinces à polypes. Quant à ceux de la fosse nasale droite, ils sont arrachés également, mais par la narine, ainsi que cela se fait ordinairement pour les polypes muqueux des fosses nasales.

L'opération préliminaire a été exécutée le malade étant soumis au chloroforme; puis, revenu à lui, on l'a fait asseoir sur une chaise, et on a terminé. L'ensemble des manœuvres a duré une demi-heure; le malade a perdu peu de sang. Aucun vaisseau, sauf la labiale, n'a été sectionné. Une seule ligature a été placée. La voûte palatine a été réunie et fixée à sa place au moyen de fils métalliques, puis on a fait la suture de la lèvre. A ce moment, le sang ne coulait plus.

Le malade a été remis au lit avec des compresses d'eau fraîche sur la face.

La journée et la nuit du 12 septembre se passent bien; le malade prend du bouillon et du vin avec plaisir.

Le matin du 13, au moment de la visite, on constate que la lèvre est soudée ; les fils sont enlevés ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie ; l'état général est bon, le pouls assez petit.

Le 14, tout va toujours bien. Le malade s'est trouvé assez bien pour écrire une lettre à sa sœur : il lui annonce qu'il va bien. — Bouillon ; potages ; vin.

Le 15, à six heures du matin, le malade, qui quelques heures avant avait bu seul, pris et remis en place son urinoire, s'affaiblit tout à coup et succombe sans présenter aucun phénomène saillant.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-prononcée. La lèvre supérieure est soudée. La voûte palatine est agglutinée, mais toujours mobile.

Les méninges et le cerveau ne sont le siége d'aucune vascularisation ; bien au contraire, ils se présentent avec tous les caractères d'une anémie très-prononcée. Il n'y a pas d'épanchement dans les ventricules.

La base du crâne est parfaitement normale. Le seul fait digne de remarque, c'est l'amincissement des parois des sinus frontaux et ethmoïdaux, lesquels sont distendus par des masses polypeuses d'un blanc rosé, en tout semblables à celles qui ont été extraites par l'opération. Dans tous ces points, pas la moindre injection ni la moindre trace de traumatisme.

Les fosses nasales sont vides. Du côté droit, on constate que l'arrachement n'a pas été aussi complet que du côté gauche, ce qui tient à la différence des conditions dans lesquelles on a opéré la destruction des polypes. Toutes les cavités nasales sont revêtues par une sorte de membrane plastique infiltrée de sang coagulé.

Les poumons et le cœur sont parfaitement sains. L'estomac et les intestins sont presque vides. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie interne.

Quant aux polypes eux-mêmes, l'examen microscopique y démontre des éléments de tissus conjonctif et élastique, la plupart du temps plongés au milieu d'une matière amorphe de faible consistance. Dans certains points, au contraire, ces éléments sont condensés, et la consistance devient fibreuse. Çà et là on retrouve quelques éléments fibro-plastiques. Ces divers polypes sont d'ailleurs recouverts d'une couche d'épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Si nous revenons sur les points importants de cette observation, nous devons nous arrêter relativement à la question du diagnostic, et dire quelque chose de la mort survenue dans des conditions si singulières.

Vous vous le rappelez, les premiers chirurgiens admirent l'existence d'un polype naso-pharyngien avec des prolongements du côté du crâne. Ce diagnostic, nous ne l'avions accepté que partiellement. Nous avions pensé qu'il s'agissait là d'une tumeur fibreuse implantée à la base du crâne et ayant occupé secondairement les fosses nasales; mais c'est parce que nous avons éloigné l'idée de tout prolongement vers la cavité du crâne que nous avons cru devoir agir. Sur quels signes se fondait-on pour admettre ces prolongements? Nous l'avons déjà dit; c'étaient, d'une part, les douleurs de tête et la surdité; d'autre part, la somnolence habituelle et les pertes de connaissance. Tous ces symptômes, à l'exception du dernier, s'observent quelquefois dans les polypes naso-pharyngiens non compliqués; la gêne de la circulation et celle de la respiration suffisent pour expliquer les douleurs de tête et la somnolence; les rapports de la tumeur avec les trompes d'Eustache peuvent rendre compte de la surdité progressive. Quant à la perte de connaissance sans mouvements convulsifs, on peut la considérer comme une syncope également sous la dépendance de troubles apportés dans la circulation et la respiration, par suite d'une tumeur volumineuse située dans le pharynx. Les suites de l'opération, l'autopsie, ont parfaitement démontré que nous avions raison de ne pas admettre les prolongements céphaliques de la tumeur. Il reste une erreur que nous avons partagée avec nos collègues; nous avons tous pris pour un polype fibreux naso-pharyngien une simple accumulation de polypes dans la cavité des fosses nasales. Ici la méprise a été complète, et on peut même dire qu'elle a été très-préjudiciable. Il est, en effet, probable que l'arrachement simple de toutes ces masses n'aurait pas été suivi d'un résultat aussi funeste.

Je dois mentionner ici une variante dans le diagnostic : M. Trélat, tout en admettant l'existence d'un polype fibro-pharyngien, croyait à l'existence simultanée de polypes des fosses nasales. Tous ces détails vous démontrent combien le cas était embarrassant, et combien l'erreur est quelquefois difficile à éviter. Cependant, en réfléchissant bien, il y avait des raisons pour reconnaître la nature exacte de la maladie et pour faire un diagnostic. L'âge du malade (quarante et un ans) était chose suffisante pour éloigner l'idée d'un polype fibreux de la base du crâne. M. Nélaton a depuis longtemps insisté sur cette circonstance, que ce genre de tumeur est une maladie des jeunes gens, qu'elle n'est pas compatible avec une longue existence. En compulsant les observations, j'ai trouvé que le malade le plus âgé avait trente-six ans, et encore l'affection existait-elle depuis plusieurs années. Chez mon malade, la tumeur existait depuis deux ans seulement, et il avait

plus de quarante ans. J'avais fait cette remarque, mais sans y attacher toute l'importance qu'elle mérite réellement.

L'exorbitis n'est pas un symptôme propre aux tumeurs fibreuses de la base du crâne; ce signe a été noté dans plusieurs observations de polypes nasaux remplissant les deux fosses nasales.

En lisant les observations de tumeurs pharyngiennes qui envahissent les fosses nasales, on voit que ce prolongement se fait ordinairement dans une seule fosse nasale; il y avait donc lieu de s'étonner, chez notre malade, de voir les deux cavités si exactement remplies.

Il n'y avait donc en réalité qu'un seul signe de tumeur de la base du crâne, c'était l'impossibilité d'explorer la partie supérieure du pharynx. Cependant, quoi de plus simple que l'envahissement do l'arrière-gorge par des polypes nasaux nombreux et dont le volume est devenu considérable ?

En résumé, il n'y avait pas de bonnes raisons pour faire le diagnostic, qui a été accepté par tous les chirurgiens qui ont vu le malade, et il y avait des signes à invoquer pour éloigner l'idée d'uno tumeur fibreuse naso-pharyngienne.

La conclusion générale à tirer de ce fait particulier serait que tout est difficile : vérité très-ancienne et qu'on ne saurait trop vulgariser. Mais, en outre, nous pouvons, au bénéfice de la clinique, faire les remarques suivantes :

1° Les polypes nasaux peuvent envahir le pharynx, refouler le voile du palais, comprimer les trompes d'Eustache et simuler un polype naso-pharyngien implanté sur la base du crâne.

2° Les polypes nasaux peuvent déterminer la saillie du globe de l'œil, ce qui tient au refoulement de la partie profonde de l'orbite.

3° Les polypes nasaux peuvent s'accompagner de maux de tête, de somnolence, de pertes totales de connaissance, symptômes qu'on observe également dans les polypes fibreux de la base du crâne; mais tous ces phénomènes, qui semblent dus à des troubles de la circulation et de la respiration, s'observent en l'absence de tous prolongements de la tumeur jusque dans la cavité du crâne.

Avant de terminer, je veux encore dire quelques mots relativement aux causes de la mort dans le cas particulier qui fait l'objet de cette communication :

Les suites de l'opération furent simples; le malade perdit peu de sang pendant les manœuvres, et surtout il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive; l'autopsie a démontré l'absence de lésions matérielles, mais on a noté tous les signes de l'anémie cérébrale. Il y a donc lieu, pour toutes ces raisons, d'admettre la mort par une sorte de syncope.

Cette altération des centres nerveux due à des causes diverses (épistaxis fréquentes et abondantes, troubles de la circulation par compression, troubles de la respiration, etc.), s'était déjà manifestée par les pertes de connaissance éprouvées à deux reprises différentes ; les douleurs de l'opération, la perte de sang inévitable, n'ont fait que compléter cet état anémique de l'encéphale, et on s'explique ainsi que le malade soit mort à la suite d'une nouvelle syncope qu'il n'a pu surmonter.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. J'ai inventé, il y a cinq ou six ans, l'ostéoplastie pour le traitement des polypes rétro-pharyngiens, et c'est à tort que M. Dolbeau attribue cette invention à d'autres. Je me suis servi des articulations de la mâchoire supérieure comme de charnières. Au moyen de mon procédé, j'évite une perforation de la face et l'obligation de porter un obturateur. Il y a trois ans que j'ai présenté ici un malade opéré d'après ce procédé. J'ai même été plus loin, j'ai décrit deux procédés ostéoplastiques applicables à ces polypes.

On me dira peut-être que ces procédés ne sont pas irréprochables. Je ne l'ignore pas. On pourra peut-être trouver mieux, mais ils constituent toujours un progrès sur ce que l'on faisait auparavant. Que faisait-on, en effet?

On enlevait le maxillaire du côté malade; on excisait toute la région bucco-palatine, et malgré tous ces sacrifices, on parvenait à se créer encore une voie très-étroite, bornée en dehors par la saillie de la pommette, et en dedans par les fosses nasales. C'était donc beaucoup sacrifier pour un mince résultat.

Au contraire, si l'on réfléchit aux avantages de mon procédé, on verra que je ne sacrifie rien, et que j'obtiens une voie plus large.

Mon procédé est rendu facile par plusieurs conditions. Ainsi, les polypes, étant opérés à une période assez avancée de leur développement, ont pu dilater les régions et préparer une voie plus étendue; en outre, comme ces polypes se manifestent sur de jeunes sujets, il en résulte que chez eux les articulations sont encore mobiles, les sutures larges, d'où une facilité très-grande pour l'écartement des os. On est vraiment étonné de voir qu'avec mon procédé on obtienne des moyens si faciles pour atteindre les polypes. Ainsi le procédé m'appartient; il est suffisant, et il permet d'éviter des désordres et des mutilations graves, qui exigent l'emploi d'un obturateur.

M. Dolbeau a dit que s'il existe des symptômes indiquant un trouble du côté du cerveau, il n'y a pas d'opération à pratiquer. Il faut savoir que ces polypes, nés dans le voisinage du trou déchiré anté-

rieur, offrent souvent des prolongements du côté de la cavité du crâne, et qu'on ne peut pas toujours juger de cette pénétration. Ainsi j'ai opéré un jeune homme qui n'avait aucun symptôme cérébral. Après avoir établi la voie, je reconnus un polype très-vasculaire, il y eut une syncope pendant l'opération ; le malade alla bien pendant sept ou huit jours. A cette époque, il survint une hémorrhagie qui amena la mort.

A l'autopsie, faite en présence de M. Forget, nous trouvâmes deux prolongements intra-crâniens logés dans la substance cérébrale elle-même.

M. VERNEUIL. Il y a un fait saillant dans la communication de M. Dolbeau, c'est l'existence de polypes muqueux à la partie antérieure des fosses nasales chez un malade qui avait en même temps un polype rétro-pharyngien.

Quant au traitement, je ne pense pas que les phénomènes cérébraux soient une contre-indication suffisante à l'opération :

1° Parce que dans l'état actuel de la science, il est absolument impossible de diagnostiquer les prolongements du côté du cerveau ; on peut seulement les soupçonner ;

2° Parce que des prolongements, soit vers les sinus sphénoïdaux, soit même du côté du cerveau, n'empêchent pas la guérison : il est vrai qu'avec un prolongement intra-crânien, on a moins de chances de succès ; mais, quoique moindres, ces chances doivent être courues, parce que sans l'opération la mort est encore plus certaine ;

3° Enfin, j'ai vu des cas dans lesquels la somnolence faisait présumer l'existence d'un prolongement dans le crâne, et cependant le malade a parfaitement guéri.

Quant au procédé opératoire, il faut employer celui qui fait la voie la plus large, et, pour ma part, je pense qu'il faut enlever la moitié de la mâchoire supérieure. On a proposé beaucoup de procédés pour éviter ces sacrifices ; Langenbeck a été jusqu'à qualifier de barbare celui qui consiste à réséquer la mâchoire, et cependant je ne suis pas convaincu que toutes ces modifications soient bien préférables ; aussi actuellement, avec un polype un peu volumineux, je suivrais l'ancien procédé, je ferais la résection de la mâchoire supérieure. Dans les cas où la tumeur n'a pas fait la voie, si l'on suit ces procédés nouveaux, on s'expose à avancer sans savoir où l'on va ; avec l'ablation du maxillaire, au contraire, on sait toujours ce qu'on fait. Les fibromes rétro-pharyngiens sont très-graves ; ils constituent une des affections chirurgicales les plus dangereuses ; pour les combattre, il ne faut rien épargner, sacrifier largement les parties. Si après l'opération il y a

difformité, on aura recours à la prothèse, qui aujourd'hui peut par ses progrès nous rendre de grands services.

C'est suivant cette méthode que M. Bauchet a opéré récemment un malade et a pu obtenir un bon résultat.

M. BAUCHET. Le malade que M. Verneuil vient de signaler a été cautérisé avec l'électricité trois ou quatre fois pour combattre la récidive. Quant à l'ouverture, il faut peu de chose pour la combler. Le procédé est très-bon, et je n'hésite pas à l'employer.

M. TRÉLAT. Les détails donnés par M. Dolbeau sont exacts ; ce qui a été cause d'erreur pour les chirurgiens qui ont examiné ce malade en premier lieu, c'est que le polype avait en arrière deux lobes encadrés par les arrière-narines, ce qui leur donnait une apparence de dureté qu'ils n'avaient pas. Quant à moi, je n'ai pas diagnostiqué de polype fibreux rétro-pharyngien, parce que j'avais constaté la présence des polypes muqueux dans les fosses nasales.

M. DOLBEAU. Je n'ai pas voulu disputer à M. Huguier la priorité de son invention. J'avais cru que le procédé de M. Dezanneaux différait de celui de M. Huguier. Du reste, j'adresse à tous les procédés le reproche de ne pas permettre des examens ultérieurs, et je préfère avoir recours à l'excision de la voûte palatine.

M. HUGUIER. Mes procédés ne conviennent pas à tous les cas, et je n'ai pas prétendu les généraliser.

M. VELPEAU. Je veux ajouter quelques mots sur l'existence des polypes muqueux des fosses nasales avec des polypes rétro-pharyngiens, et sur les causes d'erreur de diagnostic dans ces circonstances. J'ai observé dans ma pratique plusieurs exemples de cette coïncidence, et tout récemment j'ai vu un cas dans lequel j'ai été pris.

Dans le cours de cette année, un jeune homme se présente à moi avec deux grosses masses dans le pharynx, il respirait à peine la bouche ouverte largement. Je vis en même temps dans les fosses nasales, par l'ouverture antérieure, des masses lobulées, offrant l'aspect de tissu dense fibreux. Cependant, comme ces masses étaient mobiles, je résolus de tenter l'extraction de l'une d'elles par la narine, afin de m'éclairer sur leur nature. Après quelques difficultés, je parvins à en extraire une d'un volume considérable. Je fus étonné, en reconnaissant un polype muqueux, un peu plus dur toutefois.

Je me demandai alors s'il n'y avait pas deux sortes de polypes chez ce jeune homme. Après cette extirpation, ce malade allait mieux, il se sentait dégagé. Cinq ou six jours après, je fis l'arrachement des masses polypeuses qui étaient dans le pharynx, et le malade a guéri promptement. Il est bon de songer à ces cas dans la pratique, pour qu'on ne procède pas trop légèrement à une opération grave.

AUTRE COMMUNICATION.

M. LE Dr DUSSÉRIS lit une note sur la résection du genou, et présente en même temps deux enfants sur lesquels il a pratiqué cette opération avec succès.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Marjolin, Guersant, Giraldès.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 12 novembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Bouvier. *Des canules et des dilatateurs employés dans la trachéotomie.*

2° Aurelio Finizio. *Riflessioni sull' aborto ostetrico e taglio cesareo.*

COMMUNICATION.

Tumeur de la voûte crânienne. — De son diagnostic et de son traitement. — M. MARJOLIN. J'ai l'honneur de demander l'avis de la Société sur la nature d'une tumeur du crâne portée par un enfant de seize mois. Ses parents sont bien portants. Sa mère a eu deux enfants, dont le premier-né est mort et le second fait le sujet de cette présentation.

Cet enfant est venu au monde bien constitué, sans vice de conformation, et sa mère l'a nourri elle-même pendant sept mois et demi. Il y a environ quatre mois qu'étant assis sur une chaise, il est tombé et s'est fracturé le fémur. Cette fracture s'est consolidée sans offrir aucun phénomène particulier. Mais depuis cinq semaines, il s'est manifesté chez cet enfant des convulsions qui ont duré environ trois heures et ont laissé après elles un strabisme intermittent. Ces derniers accidents ont été combattus par des sinapismes aux jambes dont on voit encore les traces, par des sangsues appliquées aux apophyses

mastoïdes. Malgré ce traitement, cet enfant continua à avoir de l'insomnie et de la gêne dans la respiration.

Trois semaines après la première attaque, il en est survenu une seconde, qui a été traitée par les mêmes moyens.

Telle est la série de phénomènes morbides manifestée chez cet enfant, lorsqu'il y a dix jours on a vu se produire à la surface du crâne une petite tumeur occupant la région temporo-pariétale gauche. Cette tumeur acquit promptement le volume d'un œuf de pigeon, lorsque, d'après l'affirmation des parents, elle vint à disparaître en laissant après elle une simple ecchymose.

Aujourd'hui, nous constatons une tumeur bosselée, inégale, du volume du poing, offrant trois lobes à peu près égaux en volume. La peau qui la recouvre n'est pas altérée, quoiqu'un peu distendue. Elle présente des battements énergiques et un mouvement de soulèvement qui est visible à l'œil et très-sensible sous les doigts. Je crois en même temps avoir entendu un bruit de souffle isochrone aux battements du pouls. Quelle est la nature de cette tumeur? Quel en est le point de départ? Voilà autant de questions difficiles. Quant au traitement, je crois qu'il ne faut rien faire. En effet, les convulsions, le développement rapide de la tumeur, puis la cessation des convulsions, tout nous porte à croire qu'il s'agit là d'une tumeur intracrânienne.

C'est là, du reste, un cas très-rare chez les enfants, très-digne d'être étudié attentivement, et c'est pour cela que je demande des renseignements auprès de mes collègues.

DISCUSSION.

M. BLOT. Il y a un point douteux, c'est l'existence du souffle. La tumeur étant bilobée, si on applique l'oreille ou le sthétoscope sur les deux lobes supérieurs, on n'entend évidemment rien, mais sur le lobe inférieur j'ai cru entendre un petit bruit de souffle, mais peu net.

C'est ainsi que les choses se passent quand le sthétoscope est exactement appliqué ; mais si on laisse pénétrer de l'air par sa base, on entend un bruit de souffle qu'il faut bien se garder d'attribuer à la tumeur elle-même. Quant aux battements, ils sont très-prononcés. Je ferai remarquer que chez cet enfant les fontanelles et les sutures sont encore très-larges; la membrane qui les constitue est un peu plus dure, mais non ossifiée, et qu'en outre la tête est plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Le diagnostic de la tumeur me paraît difficile, et s'il fallait me prononcer, je dirais que je crois à l'existence d'un fongus de la dure-mère.

M. BOINET. J'ai senti à la base de la tumeur des inégalités qui indiquent une perforation du crâne et une perte de substance des os.

M. HUGUIER. J'ai constaté une bordure saillante comme si l'os avait été repoussé de dedans au dehors. Néanmoins, la tumeur repose en partie sur un plan osseux. Cela s'explique par une sorte d'exubérance de la tumeur au moment où elle est devenue libre à la surface du crâne. Quant au bruit de souffle, je l'ai bien constaté d'une manière évidente et au premier examen.

M. TRÉLAT. Il me semble qu'au milieu des difficultés inhérentes à ce cas, on peut encore suivre une marche de diagnostic. Il est évident que l'existence d'accidents antérieurs indique très-nettement quelque lésion intra-crânienne. La cessation de ces accidents, à partir du moment où la tumeur a paru sur la voûte du crâne, vient encore nous démontrer la marche des tumeurs intra-crâniennes. Cette origine étant établie, il n'y a plus qu'à déterminer la nature de cette tumeur.

Or trois hypothèses peuvent être discutées :

S'agit-il d'une encéphalocèle ? Rien ne peut nous le faire admettre. La marche, le siége, l'évolution, la date récente de la tumeur, tout nous permet de rejeter cette hypothèse.

Serait-ce alors un fongus de la dure-mère ou des os de la voûte du crâne ? L'âge peu avancé de l'enfant n'est guère favorable à cette interprétation.

Serait-ce alors une tumeur vasculaire, une tumeur érectile comme celles qui ont été décrites par M. Dupont dans sa thèse, et signalées ici par MM. Verneuil et Foucher ? Je serais disposé à le croire.

Ces tumeurs, en effet, peuvent siéger dans tous les points de la voûte crânienne, et, avant qu'on les eût étudiées, elles ont donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. J'ajoute que le bourrelet signalé ici par M. Huguier peut aussi exister avec une tumeur vasculaire. On a vu ce bourrelet aussi bien dans des tumeurs intra-crâniennes que dans celles qui avaient pris naissance à l'extérieur. Ce bourrelet ne s'oppose donc pas à l'admission de tumeur veineuse.

Quant au bruit de souffle, je ne l'ai pas entendu ; je n'ai constaté que le soulèvement de l'oreille, d'où un frôlement qu'on peut prendre pour du souffle. La tumeur offre un mouvement d'expansion de soulèvement qui évidemment indique son origine intra-crânienne.

Comme dernière raison, je dois ajouter que l'existence de la fluctuation, l'homogénéité se prêtent mal à l'idée d'un fongus. Ainsi, je crois que c'est une tumeur veineuse communiquant à l'intérieur du crâne à travers une perforation des os.

M. HUGUIER. Les pulsations sont trop fortes, de nature telle qu'elles

ne peuvent être causées que par des artères. Dans les tumeurs veineuses, il y a plutôt une ondulation qu'un battement.

M. BLOT. Relativement à l'encéphalocèle, je me prononce très-catégoriquement, et j'en rejette l'existence. Nous ne trouvons ici ni sa marche, ni son origine, ni son siége, ni son développement. On sait, par exemple, que Spring a démontré que cette hernie se produisait au niveau des sutures et des fontanelles. On ne peut hésiter qu'entre un fongus et une tumeur vasculaire.

M. DEPAUL. La présentation de M. Marjolin est très-importante à cause de la nature douteuse du diagnostic. Il est permis d'abord d'exclure certaines maladies. Ainsi, j'éloigne l'idée d'un fongus de la dure-mère, parce qu'il n'y a pas une sensation de fongus ; il y a une véritable fluctuation, et si l'on faisait une ponction, il me semble qu'il s'écoulerait un liquide peu épais, non sanguinolent. Les tumeurs veineuses augmentent ou diminuent suivant la position, ce qui me fait rejeter l'existence d'une tumeur de cette nature, puisque nous n'observons pas ce phénomène. Je crois que la tumeur est en bouton de chemise.

J'ai pris surtout la parole pour m'expliquer sur le bourrelet osseux que l'on a donné comme un signe exclusif du céphalématome. Or, rien n'est plus faux, et, s'il fallait une preuve, nous pourrions citer cet exemple : Ici, il y a deux bourrelets, l'un grand, périphérique à la tumeur ; l'autre petit, périphérique à l'ouverture du crâne. Le bourrelet le plus grand est de la même nature que celui qui circonscrit le céphalématome. C'est un dépôt de substance plastique. J'ai présenté à la Société anatomique plusieurs crânes pour démontrer ce que j'avance ici.

Voici comment j'explique le développement de cette tumeur : le liquide a perforé les os du crâne ; il a décollé le périoste et a formé une collection au-dessous de lui. A la limite de la collection, il s'est produit un épanchement plastique qui constitue le bourrelet.

En résumé, je ne crois pas à l'existence d'une tumeur veineuse ni à celle d'un fongus ou d'une encéphalocèle. Je crois que c'est une collection liquide sur la nature de laquelle je ne puis me prononcer. Quant au bruit de souffle, je ne l'ai pas constaté ; il y a là quelques causes d'erreur d'acoustique qu'il faut savoir éviter.

M. TRELAT. Je m'empresse de reconnaître la réalité des modifications que les tumeurs veineuses subissent sous l'influence des cris et de la position, et que M. Foucher nous faisait tout à l'heure remarquer. Je serais donc disposé à me rapprocher de l'idée émise par M. Depaul.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas laisser clore ce débat sans protester

contre certaines assertions émises par M. Blot, concernant le diagnostic de l'encéphalocèle. M. Blot a dit qu'il fallait rejeter l'idée de l'existence de cette affection, parce que son siége est toujours sur la ligne des sutures ou des fontanelles. Pour moi, j'avance que cette disposition est très-rare, et que le plus souvent, au contraire, c'est à travers une perforation des os que se fait la hernie du cerveau. Spring, cité par M. Blot, est précisément celui qui a démontré la proposition que je soutiens. Adams, de son côté, a fait voir, pièces en main, que le cerveau s'échappe toujours à travers les perforations des os. Pour ma part, depuis que je suis attaché à l'hôpital des Enfants, j'ai vu deux encéphalocèles, et toutes les fois le crâne était perforé. Dans un cas la perforation correspondait à l'occipital ; dans l'autre, au pariétal.

M. BLOT. J'ai examiné une encéphalocèle ; j'ai eu l'occasion d'en faire l'autopsie, et je suis du même avis que M. Giraldès. Sans doute je me serai mal fait comprendre ; voici ce que j'ai voulu dire : les encéphalocèles se trouvent en général sur la ligne des sutures et des fontanelles. En formulant cette proposition, je n'ai pas prétendu que l'orifice de sortie ne fût pas constitué par d'autres parties que les sutures et les fontanelles.

M. MARJOLIN. En présence de ce cas, j'ai eu quelques doutes, et je me suis empressé de les soumettre à la Société. Bien m'en a pris, puisque j'ai reçu quelques éclaircissements. J'avais bien pensé à une tumeur fongueuse anévrysmale, mais j'avoue que je n'avais pas pensé à une tumeur érectile veineuse. Le développement de la tumeur a été trop rapide pour que je fisse cette hypothèse. Quant au point de départ de la tumeur, il ne saurait y avoir de doute, il est évidemment dans le crâne. Les vomissements, les convulsions, la somnolence, la diarrhée incoercible, en sont une preuve manifeste. Quant aux bords irréguliers, je ne les avais point constatés. J'admets donc l'existence d'un fongus, quoique cette affection soit très-rare chez les enfants ; comme dans les fongus, en effet, les convulsions ont disparu depuis que le crâne est perforé. Le bruit de souffle m'a paru réel et incontestable ; j'ai eu soin de me mettre en garde contre toutes les causes d'erreur.

M. Depaul pense que c'est une collection liquide ; je reconnais avec lui que la sensation du toucher est analogue à celle d'un lipome ou d'un fongus ; mais je demanderai alors à M. Depaul de vouloir bien m'expliquer quelle est la nature de ce liquide. Faudrait-il en faire remonter l'origine à la chute qui a eu lieu quelque temps avant la manifestation des convulsions ? Y aurait-il eu là une contusion qui serait passée inaperçue de la famille ? Comme la tumeur est bleuâtre, non

transparente, je ne puis croire qu'il y a du sang. Quant à la ponction exploratrice proposée par M. Depaul, je la rejette, parce que la tumeur a augmenté d'un cinquième dans l'espace de cinquante-six heures.

M. TRÉLAT. Il est démontré pour moi que la collection est liquide, car si la tumeur était formée par le cerveau ou par un fongus, on ne pourrait pas affaisser les parois au point d'arriver au contact des os et de constater la perforation. Si c'est du liquide, il ne peut être que du sang, d'où je diagnostique un céphalématome.

M. LARREY. Je me range à l'avis que vient de donner M. Trélat. Je suis porté à croire à l'existence d'une bosse sanguine qui s'est un peu enflammée, de sorte qu'actuellement cette collection est formée par un mélange de sang et de pus. Je serais donc d'avis de faire une ponction, et puis, si le diagnostic que je porte est exact, de faire une large incision pour vider la poche.

M. DEMARQUAY. Je partage cette opinion ; c'est bien une tumeur liquide, et je conseille aussi la ponction exploratrice. J'ai observé dans le service de Blandin un cas semblable. Ce chirurgien fit la ponction, il s'écoula de la sérosité purulente. Si on reste ici dans l'indécision, le mal fera des progrès, et l'on n'obtiendra pas de résultats favorables.

M. TRÉLAT. Tout le monde regarde la ponction exploratrice comme très-utile, et je me range volontiers à cette opinion.

M. MARJOLIN. Contre l'utilité de la ponction, je dois dire que j'ai vu un cas analogue qui a été suivi de résolution spontanée. Si la chute a été cause de cette collection, il faudrait en faire remonter l'origine à quatre mois.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection de la commission pour la présentation des candidats au titre de membres correspondants nationaux.

Cette commission se compose de MM. Broca, Marjolin, Laborie, Foucher et Larrey.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. GIRALDÈS présente un appareil pour la pulvérisation de l'eau construit par M. Luër, et remet la note qui suit pour en expliquer succinctement le mécanisme et l'utilité :

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, un appareil destiné à pulvériser l'eau. Les avantages de l'emploi des douches pulvérisées, notamment dans

certains états pathologiques de la cornée, sont aujourd'hui bien reconnus.

Les appareils destinés à cet usage, quoique très-ingénieusement conçus, offrent cependant dans la pratique quelques inconvénients; compliqués dans leur disposition, ils sont susceptibles de se déranger facilement.

M. Luër est très-heureusement parvenu à construire un appareil très-simple, d'un usage facile et d'un prix peu élevé.

Pour bien faire saisir l'avantage du nouvel appareil, je rappellerai en quelques mots la disposition de ceux qui sont aujourd'hui en usage.

Dans les appareils ordinaires, l'air est comprimé dans un récipient au moyen d'une pompe foulante; un tube conducteur se rend du réservoir de l'air dans un autre rempli de liquide; de l'air ainsi comprimé chasse l'eau à travers un tube percé de trous capillaires, à travers lesquels la veine liquide se brise et se pulvérise. L'appareil de M. Luër est d'une simplicité très-grande : c'est un corps de pompe, une seringue solidement fixée sur un pied, et dont l'axe du piston formé par une vis se meut dans un écrou au moyen d'une manivelle adaptée à son extrémité. Le tube de la seringue se continue avec un autre tube en étain très-flexible de 0,50 de longueur, et dont l'extrémité fermée par un ajustage en melchior est percée d'ouvertures capillaires. La flexibilité du tube rend la manœuvre de cet appareil très-commode et très-facile; on comprendra sans peine le mécanisme du nouveau pulvérisateur. L'eau contenue dans le corps de pompe, dans la seringue, est comprimée fortement par le piston marchant dans son écrou; cette pression chasse avec force le liquide par l'ouverture capillaire de l'ajustage du tube terminal et se pulvérise en sortant.

La simplicité du mécanisme de cet instrument, son peu de volume, un prix peu élevé, le recommandent dans la pratique.

COMMUNICATION.

Brûlure ancienne de la main; flexion permanente des doigts.— Procédé autoplastique; inflammation violente; gangrène des lambeaux et accidents divers. — Projet d'une opération nouvelle pour les cas graves de ce genre. — Ablation d'une phalange. — M. VERNEUIL fait sur ce sujet la communication suivante :

J'ai été consulté dans ces derniers temps pour deux enfants affectés de brides cicatricielles des doigts, consécutives à des brûlures graves. L'opération pratiquée chez l'un des deux a échoué d'une ma-

nière complète, et a provoqué des accidents sérieux ; il est à craindre même que l'état de la main soit pire qu'avant. J'ai dû chercher à me rendre compte des causes de l'insuccès, et j'ai fait quelques remarques sur l'état des parties soumises à l'opération.

Dans le cas où je me déciderais à tenter quelque chose sur le second enfant, j'ai conçu un autre plan opératoire, qui paraît assez singulier au premier abord, mais qui ne me paraît point illogique. Je le soumets au jugement de mes collègues, ainsi que les motifs sur lesquels je m'appuie pour le proposer. Je suis moins déterminé par l'envie de faire du nouveau, que par le désir de sortir des errements anciens, et de trouver contre une lésion fréquente des ressources plus efficaces que celles qui sont jusqu'ici à notre disposition.

Ma proposition dût-elle être combattue et rejetée, j'aurai fait cependant quelque chose d'utile en publiant un insuccès dont les enseignements, pour moi du moins, ne seront pas perdus.

C..., âgée de huit ans et demi, d'une constitution moyenne, un peu lymphatique, a été brûlée à l'âge de treize mois ; elle a plongé la main dans un vase rempli de café bouillant. La brûlure remontait jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras environ. Les ongles et l'épiderme tombèrent. La plus grande partie du doigt auriculaire se sphacéla. La main en entier ne formait plus qu'une vaste plaie, qui, malgré les soins les plus minutieux et les pansements les plus attentifs, ne mit guère moins de trois mois à se cicatriser. Peu à peu les doigts se dévièrent. Les médecins consultés se prononcèrent contre toute idée d'opération pendant les années qui suivirent. Mais la difformité était choquante ; la main atrophiée était presque sans usage. Les parents voulurent donc consulter de nouveau.

Voici ce que je constatai vers la fin du mois d'octobre :

Avant-bras atrophié ; main légèrement fléchie au niveau du poignet ; pouce libre et exempt de difformité ; le petit doigt manque tout à fait ; cependant il est encore représenté par les débris de la première et de la seconde phalange, cachés sous la peau, et qui forment sur le bord cubital de la main, près de la face dorsale, une tumeur dure, sous-cutanée, un peu mobile. L'index, le médius, l'annulaire, offrent tous trois similairement une double déviation. Ils sont d'abord dans une extension forcée sur le métacarpe, c'est-à-dire que la première phalange forme avec les métacarpiens correspondants un angle obtus assez prononcé, ouvert en arrière, d'où résulte en avant, du côté de la face palmaire :

1° Une saillie considérable des articulations métacarpo-phalangiennes ;

2° L'effacement complet de la cavité palmaire, remplacée par une

convexité générale; les deuxième et troisième phalanges, au contraire, sont dans la flexion extrême, la pulpe digitale touchant la face antérieure de la première phalange.

A l'exception du pouce dont j'ai déjà signalé l'intégrité relative, les doigts, la main, le poignet, le tiers inférieur de l'avant-bras, sont recouverts par un tégument parcheminé, sillonné de brides plus ou moins fortes, rougeâtre ici, blanchâtre là, très-inégalement vasculaire; lisse et luisant dans un point, rugueux ailleurs. On n'y distingue ni follicules pileux ni sillons papillaires.

En raison de l'ancienneté de la lésion, ce gant cicatriciel a pourtant repris sa mobilité sur les parties sous-jacentes. On peut le soulever en forme de plis. Sur la face dorsale et sur les bords de la main, il offre même une épaisseur assez notable. Il est condensé en brides robustes au niveau de la face antérieure des doigts, et ce sont ces brides qui maintiennent d'une manière invincible la flexion des deux dernières phalanges.

De même, au niveau de la région antérieure du poignet et de la face dorsale du métacarpe, le tégument, assez souple en travers, est tout à fait inextensible en long, d'où la flexion légère de la main en totalité, et l'extension forcée des premières phalanges.

Les articulations et les gaînes tendineuses ne sont point soudées; tous les mouvements existent à l'état de vestige, et en faisant contracter les muscles de l'avant-bras qui vont jusqu'aux doigts, on imprime aux phalanges quelques mouvements distincts. Les fléchisseurs occupent l'épaisseur des brides digitales, sous lesquelles on les sent glisser. Les tendons extenseurs recouvrent à l'ordinaire le dos des phalanges, mais au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, ils sont plus ou moins déviés ou luxés, et ne répondent plus exactement à l'axe des os qu'ils doivent mouvoir.

Il n'y a pas de syndactylie.

Le squelette de la main est beaucoup moins développé que celui du côté opposé. Le pouce, en venant s'appuyer sur le bord radial de l'index, sert à la préhension des petits objets; mais c'est à cela que se trouvent réduites toutes les fonctions de la main. La sensibilité, amoindrie sans doute par la destruction superficielle du derme, ne peut d'ailleurs s'exercer. La circulation tégumentaire se fait médiocrement, comme dans les cicatrices; aussi la coloration de la région lésée, désagréable en tout temps, devient livide et plus hideuse encore par le froid. La déformation des doigts ne permet pas d'ailleurs l'usage d'un gant.

La lésion est donc fâcheuse, au double point de vue de la difformité et de la perte des fonctions.

Après examen minutieux, je crus pouvoir tenter quelque chose :

1° A cause de l'ancienneté de la lésion, de la mobilité des ligaments sur les couches sous-jacentes, de l'épaisseur assez considérable de ces téguments, et de leur abondance à la région palmaire de la main;

2° A cause de l'intégrité des articulations et des gaînes tendineuses; d'où je concluais que les obstacles au redressement des doigts ne siégeraient qu'à la superficie;

3° Enfin, l'âge me paraissait favorable, parce que les opérations sont en général assez bénignes dans l'enfance; parce que les parties étaient assez développées pour que l'opération ne dût pas être trop minutieuse; parce qu'en différant plus longtemps, l'arrêt de développement du squelette eût été plus marqué encore; parce que, enfin, l'enfant était assez raisonnable et assez résolue pour demander elle-même, et avec instance, la restauration de sa main.

Restait le choix du procédé.

Mon expérience personnelle, et surtout les renseignements que j'ai recueillis soit dans mes lectures, soit dans mes entretiens avec des chirurgiens véridiques, ne me laissaient rien espérer des sections transversales pratiquées sur les bords cicatriciels.

Pratiquées de temps immémorial et recommandées dans tous les livres classiques, ces incisions ne réussissent guère que dans les cas légers, lorsque les brides sont étroites, et que les téguments des faces latérale et dorsale du doigt sont sains ou à peu près.

Si dans les cas graves on a cru de bonne foi obtenir des succès dans le redressement des doigts, c'est qu'on n'a pas pris soin en général de suivre assez longtemps les opérés. Telle difformité de ce genre qui paraît d'abord corrigée après la cicatrisation des plaies opératoires, récidive lentement et revient à son état primitif dans les mois qui suivent la guérison apparente. Jusqu'à preuve du contraire, je tiens donc ce procédé pour défectueux.

M. Decès père, de Reims, a proposé de faire des coupes variées sur les brides; ces coupes sont ondulées, ou obliques, ou en forme de V superposés, et il a publié des succès.

Je serais disposé à faire l'essai de ces procédés dans des cas appropriés; mais je crois qu'ils eussent été impuissants ici. Notons, en effet, que toute l'enveloppe tégumentaire des doigts était formée par une gaîne cicatricielle qui non-seulement se condensait vers la face palmaire en bride épaisse et condensée, mais formait encore sur les faces latérales du doigt des bandes inextensibles; de sorte que les incisions simples, quelles que fussent leur direction et leur forme, n'auraient permis l'extension qu'en comprenant environ les deux tiers de

la circonférence du doigt ; ce qui leur donnait les inconvénients que je signalerai tout à l'heure dans le procédé que j'ai mis en usage.

Pour arriver à la guérison définitive, il fallait satisfaire à trois modifications principales :

1° Redresser les doigts ;

2° Recouvrir leur face palmaire de lambeaux tégumentaires, et n'y point créer de surface bourgeonnante dont la cicatrisation secondaire aurait par rétraction inodulaire reproduit la difformité ;

3° Ménager les tendons et les articulations, afin de conserver la mobilité aux doigts redressés.

Toutes ces conditions me semblaient réunies dans le procédé autoplastique suivant :

Détacher la bride palmaire au moyen de deux incisions parallèles situées sur les faces latérales du doigt, se prolongeant dans la paume de la main et se réunissant l'une et l'autre par une troisième incision à convexité tournée vers le poignet. En d'autres termes, formation d'un lambeau rectangulaire à base inférieure, répondant à peu près au milieu de la seconde phalange, à sommet arrondi, remontant jusqu'au niveau des articulations carpo-métacarpiennes. Ce lambeau, large de 15 millimètres, comprenait presque la moitié antérieure de la gaîne tégumentaire du doigt. Il n'avait du sommet à la base guère moins de 4 centimètres, dont moitié au-dessous de la face antérieure du doigt, moitié au-dessous de la région palmaire.

Une fois ce lambeau isolé des parties sous-jacentes par une dissection conduite du sommet à la base, le redressement du doigt devenait facile.

Le redressement à son tour faisait glisser la languette cutanée de haut en bas, de sorte qu'elle venait recouvrir en entier la face antérieure du doigt et laissait seulement à la face palmaire de la main une plaie oblongue mesurant 2 centimètres transversalement, sur 2 centimètres et demi dans le sens vertical. Après le redressement complet du doigt, le sommet du lambeau répondait approximativement à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ainsi se trouvaient remplies les deux premières indications ; on satisfaisait à la troisième par une dissection attentive, ménageant les tendons fléchisseurs qui occupaient la face profonde de la bride digitale palmaire.

Pour compléter l'opération il restait :

1° Après avoir fait glisser le lambeau, à réunir les bords latéraux aux téguments qui recouvraient la face dorsale de la première phalange ; quelques points de suture y suffisaient.

2° A combler la plaie palmaire.

Je parvins de même à réunir transversalement ses bords avec quelques points de suture, ce qui ne présenta pas de grandes difficultés, grâce à l'ampleur, à la souplesse, à la mobilité des parties molles de la paume de la main ; enfin à fixer le sommet du lambeau aux parties adjacentes.

En résumé, et à l'exception d'une légère différence de forme dans le lambeau, le procédé une fois achevé offrait exactement le caractère de celui qui est généralement connu en autoplastie sous le nom de procédé de Wharton Jones ; car les trois lignes de réunion (deux digitales latérales et une palmaire) figuraient un Y renversé.

Comme résultat immédiat : redressement et revêtement cutané complet du doigt, absence de toute surface saignante, par conséquent de toute rétraction inodulaire consécutive.

Puisque je vais tout à l'heure signaler les défauts et dévoiler l'insuccès complet de mon opération, qu'il me soit permis de dire que ce plan m'avait tout d'abord séduit. J'ajouterai qu'en tant que procédé, et abstraction faite des suites, le résultat immédiat fut très-satisfaisant. Un mot cependant sur son exécution.

J'ai dit plus haut que les trois doigts voisins, l'indicateur, le médius et l'annulaire, étaient fléchis au même degré. Malgré l'abondance de l'étoffe cutanée à la région palmaire, je ne pouvais songer à y prendre trois lambeaux juxtaposés ; j'avais en effet dénudé toute la paume de la main et créé une large plaie transversale, qui, en se cicatrisant plus tard, aurait amené la flexion permanente des premières phalanges sur le métacarpe.

La substitution d'une difformité à une autre n'était pas le but de mes efforts. Je résolus donc de n'opérer radicalement que les deux doigts extrêmes, c'est-à-dire l'indicateur et l'annulaire; de cette façon, je gardais au milieu de la paume de la main, c'est-à-dire entre les deux plaies formées par l'emprunt des lambeaux, une large bande cutanée verticale, non disséquée, et dont les bords saignants devaient supporter les points de suture destinés à fermer les plaies latérales. A la vérité, le médius restait difforme pour le moment, mais je comptais l'opérer plus tard. Je dirai, pour n'y plus revenir, que je me contentai de pratiquer sur la bride une incision transversale à la manière ordinaire, pour obtenir un redressement au moins temporaire et mettre pour le moment tous les doigts dans une attitude semblable.

J'exécutai donc l'opération telle que je l'ai décrite plus haut, sauf deux petites modifications accessoires. On se rappelle que l'auriculaire paraissait tout à fait détruit au premier abord, mais que les débris de ses deux premières phalanges formaient sous la peau du bord cubital de la main une saillie assez prononcée. Je voulus utiliser le

tégument qui recouvrait ces rudiments osseux, pour donner plus d'ampleur au lambeau de l'annulaire.

En agissant ainsi, je faisais l'application d'un précepte que j'ai donné théoriquement autrefois et qui a été mis en pratique avec succès par M. le professeur Benoît, de Montpellier. (J'ai conseillé dans les cas de restauration de la main, lorsque l'étoffe manque pour reconstituer tous les doigts, de sacrifier le plus compromis de ces organes, d'extirper son squelette et de conserver son tégument pour recouvrir plus aisément ceux que l'on répare.) Grâce à la séparation des fragments phalangiens inutiles dans l'articulation métacarpo-phalangienne, je pus sans peine recouvrir amplement la face antérieure de l'annulaire et réunir sans tension exagérée la plaie de la région palmaire.

Lorsque les sutures furent achevées sur les côtés de l'index et dans la partie correspondante de la paume de la main, je constatai au niveau de ce dernier point une tension assez forte; j'y remédiai en faisant sur le bord radial de la main, à un centimètre et demi de la plaie palmaire, une incision libératrice comprenant toute l'épaisseur de la peau, et qui fournit sur-le-champ le relâchement nécessaire.

Pour maintenir l'extension des doigts, j'appliquai sur la face dorsale de la main et de l'avant-bras une attelle digitée convenablement matelassée, et je fixai successivement l'index, le médius et l'annulaire à une digitation correspondante, à l'aide d'une étroite bandelette de diachylon, dont le plein répondait à la pulpe digitale et dont les chefs venaient se coller sur l'attelle de bois.

Des plumasseaux de charpie et des compresses imbibées d'eau fraîche, le tout maintenu par un bandage roulé, complétèrent le pansement. Je recommandai d'arroser doucement l'appareil sans rien déplacer, et de maintenir la main un peu élevée sur un coussin disposé à cet effet. En se réveillant l'enfant accusa de vives douleurs, que l'eau froide apaisa et qui se calmèrent au bout de trois ou quatre heures.

La nuit fut bonne, ainsi que la journée du lendemain ; il y eut cependant un suintement sanguin assez marqué , qui provenait du médius et qu'on arrêta sans peine avec un petit tampon de ouate soutenu par une légère compression. Cet écoulement provenait d'une artériole située dans l'épaisseur de la bride du médius, et qui avait été divisée par l'incision transversale portée sur cette bride. Un jet artériel m'avait averti de la division de ce vaisseau. Mais comme il avait cessé spontanément à la fin de l'opération, je n'avais pas fait de ligature.

Notons que la séparation et la dissection des deux lambeaux n'avaient rien donné de pareil, mais seulement un écoulement assez abondant, mais de courte durée, qui s'était tari de lui-même.

Je ne suivrai pas jour par jour les suites de cette opération, j'en esquisserai seulement les traits principaux. Tout va bien le lendemain et le jour suivant ; on se contente de changer les pièces antérieures du pansement. Sauf le gonflement modéré des doigts et de la paume de la main, les choses restent en place, les sutures tiennent bon, les doigts se maintiennent droits, les douleurs sont très-minimes; l'état général est satisfaisant, sauf un peu d'accélération du pouls sans état saburral ; en un mot, je puis espérer un succès. Cependant un détail m'inspire quelque inquiétude : le sommet du lambeau de l'index est un peu décoloré et l'épiderme y paraît soulevé dans l'étendue de quelqucs millimètres. Je crains une mortification, que j'espère toutefois circonscrite.

A partir du quatrième jour les choses changent de face : la fièvre s'allume ; l'enfant est agitée le jour ; la nuit elle rêve, parle sans cesse, délire, et se plaint de la main d'abord, puis du bras et de l'épaule. L'appétit se perd ; la face s'anime. Les sutures de la paume de la main commencent à couper les bords, et la suppuration suinte des plaies réunies.

Je constate surtout les progrès continus de la gangrène des lambeaux, et je redoute même un instant de voir la mortification s'étendre à toute l'étendue des doigts, qui sont tuméfiés et d'un rouge sombre.

Une rougeur diffuse s'étend progressivement à toute la main, au poignet, à l'avant-bras, au bras, pour se terminer brusquement au niveau d'une ligne circulaire, perpendiculaire au bras et tangente à la cavité axillaire.

Engorgement douloureux des ganglions de l'aisselle. Nous avons affaire à une lymphangite cutanée diffuse, qui diffère de l'érysipèle par sa coloration d'un rose vif, par l'absence de bourrelet à ses limites, etc.

L'insuccès de l'opération autoplastique est désormais consommé. Je m'occupe des accidents généraux, qui sont sérieux. Je supprime l'attelle digitée et toutes les bandes. Je retire les points de suture qui tiennent encore ; je résèque les lambeaux mortifiés; puis je prescris les bains de bras à l'eau de sureau, les cataplasmes émollients sur le membre, pansement très-léger sur la main, etc. A l'intérieur, l'aconit et la digitale. Régime très-léger ; cependant je fais continuer le bouillon et les potages. Enfin l'orage se calme, et tout danger est conjuré vers le quinzième jour. Mais l'état de la main est loin d'être satisfai-

sant, surtout pour l'avenir. La gangrène des lambeaux est complète. La face antérieure de l'index et de l'annulaire est recouverte jusqu'au milieu de la deuxième phalange de bourgeons charnus. Heureusement la mortification n'a pas envahi le reste de ces doigts. Au médius, la large surface saignante produite par la section transversale de la bride est également recouverte de bourgeons charnus, et ici nous n'avons rien perdu par le sphacèle; mais déjà ce doigt commence à se fléchir de nouveau, et je suis convaincu qu'il reviendra plus ou moins prochainement à son état antérieur. Les plaies de la région palmaire sont largement béantes, remplies de bourgeons et sécrètent du pus en abondance. Au fond de celle qui répond à l'annulaire, je reconnais la tête du cinquième métacarpien à nu, et qui probablement se nécrosera, au moins à son sommet.

Dans la plaie palmaire externe, c'est-à-dire au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, les choses sont plus graves encore. D'abord les tendons fléchisseurs, que j'avais pourtant scrupuleusement ménagés dans ma dissection, se sont sphacélés, et je dus les réséquer sous forme de filaments fibreux; puis le ligament antérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne semble avoir disparu, de sorte que je vois au fond de la plaie les extrémités cartilagineuses du deuxième métacarpien et de la première phalange, extrémités luxées l'une sur l'autre. Cette jointure sera donc détruite, et les bouts osseux qui la forment sont condamnés à une exfoliation dont je ne puis prévoir exactement l'étendue. Pour comble de malheur, l'incision libératrice que j'avais pratiquée sur la face dorsale, près du bord radial de la main, s'est vivement enflammée, et je reconnais que le tendon antérieur do l'index s'est également mortifié. Ce doigt est donc luxé dans son articulation métacarpienne et privé de ses tendons; aussi ne tient-il plus que par les parties latérales et postérieures au moyen de languettes de peau qui n'ont pas subi l'atteinte du bistouri. Il reste droit, mais très-mobile au moindre mouvement. Sans doute il se consolidera, mais restera étendu et privé de mouvement.

Les dégâts ont été beaucoup moins graves du côté de l'annulaire; les tendons et les articulations sont conservés, mais la large plaie qui occupe la place du lambeau mortifié reproduira presque sûrement la flexion que je voulais combattre.

En résumé, résultat nul pour le médius et l'annulaire, résultat pire pour l'index, telle sera vraisemblablement l'issue malheureuse de ma tentative. Qu'il me soit permis maintenant de rechercher les causes de cet insuccès. Sans nul doute, l'inflammation violente qui s'est emparée de la main a joué le rôle principal dans ce désastre. Toutefois j'ai fait, chemin faisant, des réflexions qui m'expliquent jusqu'à

un certain point la gravité et les inconvénients des opérations qu'on pratique dans ces cas.

En taillant mes lambeaux, je devais leur donner une largeur convenable, aussi bien pour assurer leur vitalité et recouvrir complétement la face antérieure des doigts que pour rendre possible le redressement de ceux-ci. Les incisions circonscrivant ces lambeaux devaient donc porter au moins sur le milieu de la face latente des doigts. Or j'ai dû diviser nécessairement les nerfs collatéraux antérieurs. J'ai pu, du reste, sur l'index, constater directement la section transversale de ces filets nerveux : de là peut-être une première cause de gangrène des lambeaux. Comme seconde cause, je signalerai la vascularité très-diminuée de la gaîne cicatricielle qui servait de tégument aux doigts entiers. Enfin la compression exercée sur la pulpe digitale par les bandelettes destinées à maintenir l'extension, a dû contribuer pour sa part à diminuer l'abord du sang dans les lambeaux. Toute limitée qu'elle était, cette compression portait en effet sur la région des doigts où les anastomoses offrent le plus de richesse et d'ampleur. Cependant je ne pouvais guère me dispenser d'y avoir recours pour obtenir une attitude nécessaire. La mortification des tendons s'explique à la fois par l'inflammation et par la nécessité où j'ai été de mettre ces tendons à nu par la dissection des lambeaux. Si la gangrène n'y était pas survenue, les tendons seraient restés protégés; mais ils ont été naturellement dénudés et consécutivement mortifiés par suite de la destruction de l'opercule cutané que je leur avais fourni.

Au reste, les mêmes dangers sont inhérents à la simple section transversale des brides. Car sur le médius, où j'ai employé cet expédient, j'ai divisé de même les nerfs collatéraux, une artère du même nom, qui a fourni un peu d'hémorrhagie ; enfin, j'ai vu au fond de la plaie les tendons fléchisseurs à nu dans une étenduo de près de 2 centimètres.

J'en conclus que le procédé ancien n'est pas plus innocent que le procédé autoplastique, si ce n'est que ce dernier expose à jouer quitte ou double, en augmentant singulièrement la perte de substance, si les lambeaux viennent à se gangrener.

Quant à la saillie des extrémités articulaires de la jointure métacarpo-phalangienne, elle se laisse facilement expliquer. Cette articulation, ai-je dit, était dans une extension déjà forcée, par suite de la traction opérée par la cicatrice du dos de la main; par conséquent, le ligament antérieur était déjà distendu et probablement aminci. L'inflammation survenant a activé le travail de destruction. La capsule

articulaire s'est ramollie, puis rompue, et les bouts osseux ont fait saillie dans la plaie.

L'analyse rigoureuse des accidents et de leurs causes, l'insuccès du procédé autoplastique, qui pourrait facilement se reproduire, l'insuccès notoire du procédé des sections transversales, dont l'innocuité ne m'est pas d'ailleurs démontrée, toutes ces circonstances réunies m'engagent à proposer une opération nouvelle pour les cas graves de rétraction cicatricielle des doigts. Si la Société paraissait se rallier à mon opinion, je serais disposé à employer l'innovation que je propose au second cas que j'ai à traiter, et qui consiste dans une rétraction de l'index et du médius, portée jusqu'à ce point que les ongles tendent à pénétrer dans la peau de la face antérieure de la main.

Ne pouvant sûrement ajouter de l'étoffe à la partie antérieure des doigts fléchis, je propose de faire l'ablation d'une portion du squelette en conservant les tendons et tout le ligament du doigt. Il suffirait de faire l'extirpation de l'une des phalanges (la première, ou la seconde, en totalité ou en partie) pour rétablir la proportion entre l'enveloppe trop restreinte et le squelette trop développé. Ne pouvant faire une anaplastie par prothèse, je ferais une anaplastie par exérèse. Cette opération facile à pratiquer, causant peu de traumatisme, respectant toutes les parties essentielles, serait probablement peu grave, et tout en mutilant les doigts, laisserait espérer le rétablissement des fonctions. Pour se rassurer sur les suites, quant aux usages des doigts ainsi raccourcis, il suffit de se rappeler ce qu'on observe après les extirpations de phalanges à la suite de *spina ventosa*, de carie, de nécrose ou de panaris.

DISCUSSION.

M. BLOT. Je me souviens de faits observés dans le service de M. Velpeau, dans lesquels l'extirpation des phalanges a été très-utile. Mais il faut bien se garder de comparer les suites du panaris avec la brûlure. Dans le panaris, les os sont isolés par le travail inflammatoire, et leur extraction est aussi simple, aussi facile qu'utile, mais dans les cas de cicatrices suite de brûlures, les os sont sains; intimement unis aux parties molles, et leur extraction est bien plus difficile.

M. DEGUISE. J'ajouterai une autre considération. Je comprends parfaitement que M. Manec ait pu extirper des phalanges. Mais dans le cas spécial de M. Verneuil, j'ai une crainte, consistant en ce que je ne suis pas sûr que cette extirpation suffise pour éviter la pénétration de la phalange unguéale dans les chairs. En effet, la rétrac-

tion qui existe aujourd'hui continuera à agir, malgré l'extirpation proposée.

M. BOINET. Je trouve, comme M. Blot, qu'il n'y a pas d'analogie entre le panaris et la rétraction des doigts. Dans le panaris, il n'y a pas de rétraction, et je comprends dès lors très-bien l'utilité de l'extirpation ; mais dans les cicatrices, la cause de la rétraction étant dans la peau, dans les tissus fibreux, dans les tendons, quand vous aurez enlevé une phalange, vous n'aurez pas remédié à la rétraction de tous les tissus. Peut-être que cette rétraction sera moindre, mais elle n'en sera pas moins persistante.

M. BROCA. Je veux soumettre avec réserve une idée à M. Verneuil. J'ai été consulté pour un enfant qui avait le poignet renversé par une cicatrice de brûlure. Il fallait mettre un lambeau pour combler l'espace produit par la section de la bride, mais il n'y avait pas de tissus sains. J'avais alors conçu le projet de faire l'autoplastie par la méthode italienne, en prenant un lambeau sur l'autre bras. Cette idée ne pourrait-elle pas être appliquée au malade de M. Verneuil ? Il serait facile de la mettre à exécution, parce que les avant-bras se rapprochent facilement et peuvent être maintenus au contact sans inconvénient.

M. LARREY. Les progrès de l'autoplastie et de la ténotomie sont incessants, je me plais à le proclamer ; mais ils me paraissent avoir fait oublier un peu trop les appareils mécaniques. Dutertre a publié un livre dans lequel on peut voir toute l'utilité de ces appareils, soit pour des brûlures des mains, soit pour des rétractions des doigts. Je crois qu'en combinant les progrès de l'autoplastie et des sections avec les appareils mécaniques, on obtiendrait de meilleurs résultats.

M. TRELAT. La raison qui a fait que M. Verneuil a cherché de nouveaux moyens est dans l'échec qu'il a subi ; mais je ne trouve pas que cet échec soit aussi décourageant qu'il veut bien le dire. Cet enfant avait une rétraction double, c'est-à-dire que les doigts étaient fléchis et en même temps dans l'extension, de sorte qu'il en résultait une saillie considérable de la tête de la première phalange du côté palmaire. L'opération était donc faite dans de mauvaises conditions. Si à cela l'on ajoute que l'on s'est servi de tissus cicatriciels, on comprendra parfaitement cet insuccès. Je sais bien que l'on s'est servi du tissu de cicatrice pour former des lambeaux à la face; mais à la main ce tissu inodulaire ne possède pas la même vascularisation, et il se mortifie plus facilement. Je crois donc qu'on pourrait recommencer la même opération en prenant des lambeaux sur la face dorsale, où la peau est saine.

M. VERNEUIL. Ce n'est pas pour les cas simples que j'ai proposé ces opérations, quoique, en définitive, l'extirpation d'une phalange ne soit pas plus dangereuse que la section des brides transversales. J'ai opéré plusieurs enfants en faisant des sections simples, et l'opération n'a pas été sans gravité. Je me suis mal expliqué si j'ai dit que je comparais le panaris à la rétraction. Je n'ai tiré que cette conclusion, que le doigt privé d'une phalange peut être encore très-utile.

M. Deguise pense que la rétraction continuera; je serais de son avis si l'opération était pratiquée trop tôt, c'est-à-dire avant que le tissu inodulaire ait produit tout son effet. Mais dans le cas spécial, le tissu cicatriciel ne se rétractait plus, et pour admettre les craintes de M. Deguise, il faudrait que la rétraction fût indéfinie. Cette rétraction a pour limite l'atrophie des éléments plastiques de la membrane cicatricielle. Il y a deux causes qui ont fait pénétrer l'extrémité des doigts dans la paume de la main; c'est d'abord l'accroissement de ce doigt, et ensuite sa rétraction par le tissu inodulaire. Du reste, si M. Deguise veut me proposer un procédé pour remédier à cet état, je m'empresserai de l'accepter. M. Trélat m'a conseillé de ne pas me décourager; mais il doit savoir que pour les cas graves comme celui-ci, tout échoue. Autrefois on citait des succès; mais à notre époque les succès sont moins fréquents, parce que l'on y regarde de plus près. Dans les cas légers, on peut encore réussir à la rigueur, mais c'est très-rare. Ainsi, Chélius a vu la guérison se maintenir pendant un an, et puis la récidive est venue; la membrane interdigitale s'est allongée, et les doigts se sont de nouveau palmés. C'est pour ces motifs que je me suis décidé à faire plus.

M. DEGUISE. M. Verneuil ne m'a pas compris. Je n'ai pas prétendu que son procédé devait infailliblement échouer; j'ai émis des doutes, des craintes, parce que nous ne savons pas précisément quelle est l'époque où la rétractilité du tissu inodulaire cesse de se manifester.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 19 novembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

DISCUSSION A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

M. MARJOLIN. Lorsque, dans la dernière séance, j'ai soumis à votre examen un jeune enfant portant une tumeur de la voûte du crâne,

nous avons tous reconnu une tumeur d'un diagnostic difficile. Vous vous rappelez le point de départ des accidents.

Dans une chute faite d'une chaise peu élevée, comme en ont les enfants, il y a eu fracture du fémur, mais rien du côté de la tête, ains que le témoignent les parents. Plusieurs mois après cette chute, on voit apparaître la tumeur du crâne, qui disparaît pendant quelques jours en laissant seulement une teinte ecchymotique, s'il faut en croire la famille. En même temps que la tumeur, se manifestaient des accidents cérébraux, tels que convulsions et vomissements incoercibles. Y a-t-il exactitude dans les renseignements qui nous sont fournis? j'en doute beaucoup. Peut-être y a-t-il eu une forte contusion que l'on nous cache.

Certainement une chute d'un lieu peu élevé comme la chaise de l'enfant a suffi quelquefois pour amener une fracture du crâne, mais une chute semblable ne me paraît pas capable de produire un enfoncement des os tel que celui qui existe chez cet enfant. J'avais bien reconnu le bourrelet osseux, mais je n'avais pas constaté comme M. Boinet un enfoncement central, qui, on va le voir, a été bien apprécié depuis.

Il était resté des doutes relativement à l'existence du bruit de souffle. Depuis, ces doutes se sont éclaircis, et le bruit de souffle a été constaté par les personnes les plus compétentes et par mes collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, MM. Bouchut, Barthez et Bergeron. Ce bruit de souffle a été surtout entendu dans la partie inférieure de la tumeur. On a dit ici que le bruit entendu était le résultat du frôlement des cheveux avec le sthétoscope, mais, après avoir fait raser la surface de la tumeur, le bruit a continué à se faire entendre d'une manière aussi évidente.

Nous avions oublié d'examiner si cette tumeur offrait de la transparence; or cet oubli a été réparé par M. Sottas, interne de mon service, et l'on a constaté une transparence complète.

D'après l'avis de la Société, j'ai dû faire une ponction, qui a été suivie immédiatement d'un jet de liquide clair, transparent. Le premier jet a été recueilli dans un verre. A mesure que le liquide s'écoulait, le pouls s'accélérait, et nous avions soin en même temps d'exercer une légère compression sur les parois de la tumeur. Les dernières gouttes, offrant un mélange de sang et de sérosité, ont été recueillies dans un verre spécial. Quand la poche a été vidée, nous avons pu constater facilement une large fracture du crâne, avec enfoncement considérable des fragments.

Quant au liquide extrait, nous l'avons confié à l'examen de M. Baudrimont, pharmacien en chef de l'hôpital. Je dois dire qu'au

premier aspect il m'a présenté toutes les qualités physiques du liquide céphalo-rachidien. J'ajoute enfin que la tumeur s'est reproduite peu à peu. Ainsi, le soir, elle avait déjà un volume presque égal à celui qu'elle avait avant l'évacuation ; le lendemain, elle avait atteint ses premières dimensions.

M. DEPAUL. M. Marjolin doit se rappeler que, parmi les opinions émises, il y en a eu qui n'offraient pas d'analogie avec la sienne. J'ai, pour ma part, diagnostiqué un kyste probablement séreux.

Quant à la transparence, on n'a pas oublié de la rechercher. Un de nos collègues s'est livré à cet examen dans la salle.

Je trouve que M. Marjolin n'a pas été assez explicite dans ses renseignements; il ne nous a pas donné son opinion sur la nature de ce liquide. Quel rapport y a-t-il entre cette tumeur et le liquide céphalo-rachidien?

Il est probable que la tumeur a la forme en bissac, dont une partie serait entre les os et la dure-mère et l'autre entre les os et le périoste. Je pense donc qu'il s'agit là d'une sorte de céphalématome interne, qui a usé les os, et est venu faire saillie à l'extérieur du crâne, et que pendant cette évolution, le liquide primitivement sanguinolent est devenu peu à peu séreux. Entre les deux parties, il y aurait un point rétréci, qui passerait à travers une perforation des os. Quant au bruit de souffle, je n'ai pas pu l'entendre.

M. Marjolin nous dit bien qu'il a fait raser la surface de la tumeur pour se garantir du frôlement des cheveux ; mais pour que l'expérience fût probante, il aurait fallu faire la même opération sur la tête de celui qui examine. Je crois qu'il y a un bruit de souffle en rapport avec la respiration ; mais, malgré l'autorité des hommes les plus compétents, je ne puis admettre le bruit de souffle.

M. HUGUIER. M. Depaul peut avoir raison ; mais alors que devient l'observation de M. Marjolin, qui a senti les os du crâne, leur enfoncement, leur fracture et la saillie du bourrelet osseux ? Je voudrais que M. Marjolin nous dît si le plan osseux sur lequel repose une partie de la tumeur est déprimé, irrégulier, fragmenté. Qui est dans le vrai ? Est-ce M. Depaul ou bien M. Marjolin ? Seraient-ce tous les deux ? Je ne puis le décider en ce moment, et c'est pour cela que je demande à M. Marjolin de nouveaux détails plus précis.

M. VERNEUIL. L'analyse chimique peut seule décider la question. La différence entre la sérosité du sang et le liquide céphalo-rachidien est facile à établir. Ainsi, tandis que le liquide rachidien renferme peu d'albumine et de chlorure de sodium, la sérosité provenant du sang en renferme au contraire une assez grande quantité. Le liquide cé-

phalo-rachidien peut du reste s'écouler non-seulement par l'oreille, mais encore par le nez, par le pharynx, par les diverses régions de la voûte crânienne. Ici ce phénomène peut s'être produit avec d'autant plus de facilité que les os sont plus minces et la dure-mère plus accessible aux blessures. Il faut savoir si le bruit de souffle est isochrone au pouls ou à la respiration. Il est plus probable qu'il l'est avec celle-ci, et s'il en est ainsi on pourrait mettre d'accord M. Marjolin et M. Depaul.

M. TRÉLAT. Je voulais faire les mêmes réflexions que M. Verneuil; j'ajouterai seulement qu'à la simple inspection on peut établir le diagnostic entre la sérosité du sang et le liquide céphalo-rachidien. Quant à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, il a été vu sur un des points de la surface du crâne à la suite de fracture.

M. BLOT. D'après les renseignements donnés par M. Marjolin, je crois qu'il y a méningocèle accidentelle. On trouve, en effet, tous les signes attribués à cette affection par Spring.

M. BOINET. Je voudrais savoir si, après l'évacuation de la tumeur, on a senti les pulsations du cerveau.

M. MARJOLIN. Avant de pratiquer la ponction, j'ai pris l'avis de mes collègues de l'hôpital Sainte-Eugénie, et le bruit de souffle a été constaté par eux en bas et en arrière de la tumeur; il coïncidait avec l'inspiration. Quand la poche a été vidée, j'ai senti manifestement la fracture. Il est donc évident qu'il y a fracture avec blessure de la dure-mère et épanchement du liquide céphalo-rachidien. La tumeur a repris son volume en vingt-quatre heures. Quel est le liquide qui pourrait ainsi se reproduire en aussi grande quantité et dans un espace de temps aussi court?

M. BLOT. Y a-t-il enfoncement par perte de substance ou bien solution simple de continuité?

M. MARJOLIN. Il y a enfoncement des os.

ÉLECTION.

Sur l'invitation de M. le président, la Société procède à l'élection de la commission pour la nomination des membres correspondants étrangers.

Cette commission est composée de MM. Giraldès, Verneuil, Follin, Danyau et de M. le secrétaire général, qui en fait partie de droit.

COMMUNICATION.

M. Lizé (du Mans), candidat au titre de membre correspondant na-

tional, à l'appui de sa candidature, donne lecture de deux travaux, à savoir :

1° *Rétrécissement du bassin, céphalotripsie; fistule vésico-vaginale, rétrécissement du vagin après la guérison de la fistule et suppression définitive des règles.*

2° *Phlegmon du ligament large droit, terminé par suppuration; incision méthodique, guérison.*

Ces deux mémoires sont renvoyés à une commission composée de MM. Laborie, Blot et Béraud.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEMARQUAY présente une femme âgée et portant sur la poitrine une production cornée, sur laquelle il remettra une note.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Kyste de l'ovaire adhérent de toutes parts, présentant dans ses parois des os parfaitement organisés et des dents. — Autopsie. — M. DEMARQUAY. Au commencement de cette année, on amenait dans mon service une femme de cinquante-deux ou cinquante-trois ans, atteinte d'une maladie du cœur très-avancée, d'une bronchite capillaire et d'un kyste volumineux de l'ovaire. Pour rendre toute intervention médicale possible, j'ai vidé le kyste de l'ovaire, et j'en ai extrait dix à douze litres de liquide. La malade a guéri. Au mois d'août dernier, elle rentrait pour se faire soigner de sa maladie de cœur ; mais elle ne tarda pas à succomber, et nous avons trouvé le kyste revenu sur lui-même et adhérent à toutes les parties voisines.

Autopsie. — On pratique l'autopsie, en suivant, pour l'extraction du kyste, les règles qu'il faut observer dans l'ovariotomie. L'incision faite sur la ligne blanche tombe immédiatement dans le kyste, à cause des adhérences très-intenses qui existent entre cette tumeur et la paroi antérieure de l'abdomen. Il s'écoule par cette ouverture un liquide brun jaunâtre contenant une grande quantité de grumeaux de la même couleur. Le kyste de l'ovaire est enlevé avec beaucoup de difficulté, par suite des adhérences très-nombreuses qu'il a contractées avec les parties voisines, en avant, sur les côtés et en arrière. On parvient cependant à l'extraire, après avoir rompu toutes ces adhérences avec les doigts.

Le kyste est petit ; son volume ne dépasse pas la grosseur d'une tête ordinaire. A sa surface, on remarque des filaments irréguliers qui le maintenaient en contact avec les organes voisins. On peut voir aussi des pelotons graisseux sous la membrane séreuse qui enveloppe

le kyste. Le pédicule du kyste est long de 8 à 9 centimètres. Cette longueur est très-suffisante pour appliquer le clamp, tout en laissant l'utérus en place. Mais en même temps il a un volume très-considérable, qui est dû à une grande quantité de graisse qu'il renferme dans son épaisseur. Il faut ajouter que la femme qui était atteinte de ce kyste était extraordinairement grasse, au point qu'on a pu se figurer pendant la vie que son kyste devait avoir un volume considérable.

Dans l'épaisseur des parois du kyste, on trouve une grande quantité de plaques dures, fibreuses, de grandeur variable, qui font saillie à la face interne du kyste, et donnent à cette face un aspect rugueux. Ces plaques sont tellement dures qu'au premier abord, et à la simple vue, on pourrait très-facilement les prendre pour des plaques cartilagineuses ou au moins fibro-cartilagineuses; mais à l'examen microscopique, il est facile de voir qu'elles sont constituées uniquement par du tissu fibreux, et qu'elles ne possèdent nullement les éléments du cartilage.

En certains points du kyste, on observe d'autres plaques contenues dans l'épaisseur de ses parois, mais plus dures et plus minces que les premières. Elles sont osseuses, et leur minceur permet de les rompre facilement par la pression. Cette rupture donne la même sensation que le froissement du parchemin.

Mais ce n'est pas ce qu'on observe de plus curieux dans le kyste. Il existe dans ses parois de véritables os, aplatis, ayant l'apparence des côtes ordinaires d'un adulte, longs de 12 à 15 centimètres et larges de 2 ou 3; il n'y en a que deux qui présentent ce volume. A côté de ces os volumineux, on trouve de petites plaques osseuses, minces et irrégulières, qui présentent exactement les mêmes caractères que les os précédents.

Dans le voisinage des os existaient cinq dents faisant saillie dans la cavité du kyste. Ces dents sont parfaitement organisées, et présentent à peu près le volume ordinaire des incisives ou des canines, avec lesquelles elles offrent une grande ressemblance comme forme extérieure. Ces dents sont entourées par la membrane interne du kyste jusqu'au voisinage de leur collet. Elles n'ont que des rapports de voisinage avec les os, sur lesquels elles glissent parfaitement, maintenues seulement en rapport avec eux par des ligaments fibreux. Dans la cavité du kyste, on ne trouve plus qu'une petite quantité de liquide épais, jaunâtre, et un peloton de poils jaunes, très-fins, ressemblant à des cheveux, réunis par des grumeaux d'une matière semblable à celle qui nage dans le liquide du kyste. Mais il est très-facile de séparer ces cheveux les uns des autres. On ne voit

pas manifestement quel était leur point d'implantation à la face interne du kyste.

DISCUSSION.

M. BOINET. Quel temps s'est-il écoulé entre la première ponction et l'autopsie ? Je tiens à avoir ce renseignement, parce que ce fait démontre que les kystes de l'ovaire peuvent se rétracter assez promptement.

M. FORGET. L'injection que l'on a pratiquée était-elle simple ou bien iodée ?

M. DEMARQUAY. Elle était simple. Je dirai à M. Boinet que le fait est complexe ; la rétraction peut avoir été produite par des adhérences qui étaient ici nombreuses. Il devait y avoir une double cause de retrait : les adhérences d'une part et les évacuations successives.

Je ferai remarquer que le pédicule de la tumeur était très-long, et qu'il y avait dès lors, à cet égard, des conditions favorables pour l'extirpation.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 26 novembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

Polype fibreux inséré à l'apophyse basilaire et envoyant des prolongements dans les fosses nasales, le pharynx et la joue.

Ablation préliminaire du maxillaire supérieur gauche. Guérison radicale constatée deux ans et demi plus tard ; par M. FLEURY, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand (1).

M. VERNEUIL. — On doit louer le zèle des chirurgiens qui, pour éviter les dégâts inhérents à l'ablation du maxillaire supérieur, cher-

(1) Ce travail a été communiqué à la Société de chirurgie en deux parties : la première, datée du 9 mai 1860, renferme l'observation, le récit de l'opération et ses suites immédiates. La seconde partie complète cette histoire ; elle a été adressée à M. Verneuil sous forme de lettre le 16 novembre 1862. Jusqu'à ce jour, le fait était resté inédit.

chent à modifier les procédés opératoires applicables à la race des polypes naso-pharyngiens. Par malheur, comme le dit M. Verneuil dans son rapport (1859), les demi-mesures, fréquemment insuffisantes, semblent même plus souvent suivies d'une issue funeste que les méthodes radicales qu'on pourrait croire beaucoup plus graves.

Comme tous les chirurgiens, j'ai eu recours à la ligature et à l'arrachement, mais sans avoir à m'en applaudir. L'arrachement a provoqué chez un de mes malades une méningite de la base du cerveau. Chez un autre, la ligature a été suivie d'infection purulente.

A l'exemple de M. Nélaton, j'ai tenté l'incision du voile du palais avec résection de la voûte palatine, procédé qui n'est pas beaucoup meilleur que les autres et qu'on devra réserver pour des cas exceptionnels. La boutonnière de M. Maisonneuve ne me séduisait pas, restait donc l'ablation préalable du maxillaire supérieur.

On s'étonne d'abord qu'une opération aussi sérieuse ait été tentée à titre d'acte simplement préparatoire ; mais les succès constituent la règle, et l'objection tombe devant ces résultats. Reste à savoir si la récidive est sûrement prévenue : cela dépend sans doute du mode d'insertion du polype ; si le pédicule est étroit, il y a lieu d'espérer. Malheureusement, il n'est pas donné de connaître d'avance les limites de l'implantation, et si celles-ci sont très-étendues, on peut craindre de faire sans profit pour l'avenir une mutilation qui compromet nécessairement la mastication et la parole.

J'ai été forcé par les circonstances à mettre en usage ce moyen extrême dans le cas suivant :

Pierre G..., âgé de dix-huit ans, garçon de ferme. Son père, sa mère, deux frères et une sœur sont bien portants : jamais de maladie semblable dans sa famille. A onze ans, il s'aperçoit que l'air passe difficilement dans la narine gauche, où il croit sentir un corps étranger. Un médecin du pays reconnaît un polype, qu'il cherche, mais en vain, à extraire à l'aide d'une pince. Le malade vient à l'hôpital de Clermont. Le chirurgien pratique sous les joues, sur la tumeur, de petites incisions ; il s'arrêtait dès que le sang paraissait, et tamponnait la narine avec de la charpie. Ce traitement n'eut aucun effet. G... retourna à la campagne ; mais l'année suivante la tumeur s'était beaucoup accrue et sortait par la narine. A plusieurs reprises il la coupa avec des ciseaux ; la petite plaie se cicatrisait sans peine, mais la saillie ne tardait pas à se reproduire. Il y a trois ans, il put se croire débarrassé ; il n'en était rien, l'accroissement avait seulement pris une autre direction.

Une tumeur apparut en effet au niveau du sinus maxillaire gauche ; elle grossit peu à peu en soulevant les segments de la joue. Le malade

effrayé revint à Clermont, et fut reçu dans mon service le 23 mars 1862.

La joue gauche est soulevée par une tumeur qui a le volume d'une grosse pomme; mobile, indolente, sans changement de couleur à la peau, elle paraît indépendante du sinus maxillaire, et sans les antécédents du malade, on serait loin de se douter qu'elle est formée par un polype. L'os de la mâchoire n'a subi aucune déformation; la voûte palatine est intacte; il n'y a pas la moindre apparence d'exophthalmie; mais en examinant le nez, on remarque un léger renflement à sa partie moyenne, du côté gauche.

En soulevant le voile du palais, on aperçoit une tumeur assez volumineuse, dont on ne peut sentir le pédicule avec le doigt. L'expiration par la narine gauche est impossible; l'air sort difficilement par la droite. L'inspiration est un peu plus facile; il n'a pas remarqué que l'humidité aggravât sa position; enfin, il n'a jamais eu d'autres épistaxis que celles provoquées par les instruments que l'on employait pour extirper le polype.

Les indications étaient positives; je procédai, le 30 mars, à l'ablation du maxillaire supérieur. Cette opération n'offrit aucune particularité remarquable. Pour l'incision des parties molles, je donnai la préférence au procédé Gensoul; j'aurais craint que l'incision oblique, conseillée par M. Velpeau, n'offrît pas une voie assez large. Je n'ai eu, en effet, qu'à m'applaudir du choix que j'avais fait.

La tumeur s'offrait à la vue; on pouvait en mesurer les dimensions, en apprécier la couleur, la consistance; la contourner avec le doigt, pour juger de la largeur de son pédicule, de son mode d'insertion au pharynx; mais là devaient commencer les difficultés.

Le polype s'insérait à la paroi postérieure du pharynx par un pédicule large et épais, qui paraissait avoir l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Après avoir isolé des parties environnantes le lobe facial, qui avait contourné le bord postérieur des os palatins, au lieu de perforer le sinus maxillaire, je le retranchai avec des ciseaux; l'écoulement du sang fut insignifiant. La chaîne de l'écraseur linéaire fut engagée sous les lobes du nez et de l'arrière-gorge réunis; leur base fut promptement retranchée, mais j'étais loin d'être arrivé au niveau de la membrane muqueuse. Je tentai alors l'excision de ce qui faisait saillie avec des ciseaux courbes, mais une artère volumineuse fournit immédiatement du sang en abondance. Des tampons imbibés de perchlorure de fer, des boutons de feu, furent promenés sur cette surface; l'hémorrhagie persistait. Je ne pus m'en rendre maître qu'en introduisant sous le vaisseau, dans l'épaisseur du pédicule, une aiguille courbe armée d'un fil ciré.

Cette hémorrhagie, et la difficulté que j'ai eu à l'arrêter, fait prévoir ce qui serait advenu si on avait été forcé d'agir à travers une ouverture étroite. A la vérité on aurait pu se contenter de la section pratiquée avec l'écraseur linéaire, mais alors l'extirpation serait restée incomplète. Car, même après avoir porté sur le pédicule le fer rouge et l'instrument tranchant, je suis loin d'être rassuré contre la récidive.

On dit qu'il est possible d'y remédier par des cautérisations répétées, mais il est possible, comme le pense M. Verneuil, que les attouchements avec les caustiques présentent des inconvénients sérieux. D'où je conclus qu'il faut absolument détruire le pédicule, si l'on ne veut pas laisser inutile une opération longue et douloureuse.

Les suites n'ont pas offert la moindre gravité. Une suture entortillée, quelques points de suture simple, ont rapproché les lambeaux. Il est à peine survenu de la fièvre, et au bout de quarante-huit heures l'opéré réclamait des aliments.

La réunion ne s'est pas faite aussi bien que je l'avais espéré. L'inflammation des parties molles a dépassé le degré adhésif, et un écartement notable s'est manifesté.

J'ai alors pratiqué au niveau du bord libre de la lèvre un point de suture enchevillée, en me servant au lieu de sonde d'un carré de diachylon qui, ne comprimant pas aussi fortement les tissus, ne les déchire point comme le font quelquefois les bouts de plume ou de sonde. Ce moyen a parfaitement réussi ; le fil a pu rester en place quelques jours, et pendant ce temps des bourgeons celluleux et vasculaires ont pu faire adhérer les lèvres de la plaie.

A dater de ce moment, rien n'est venu entraver la guérison, qui était complète dans les premiers jours de mai.

Le malade a quitté l'hôpital le 8 de ce mois. En portant le doigt derrière le voile du palais, on ne retrouve aucune trace du polype. En le glissant au-dessus de lui dans la portion qui correspond à l'os enlevé, on sent une espèce de tronçon dur qui représente bien évidemment la surface d'implantation.

L'avenir nous apprendra ce que deviendra ce pédicule.

Dans une lettre adressée à M. Verneuil le 16 novembre 1862, M. Fleury complétait l'observation qu'on vient de lire.

J'ai été assez heureux, disait-il, pour retrouver le jeune homme à qui j'ai enlevé en mars 1860 un polype à trois branches inséré à la surface basilaire de l'occipital, après avoir réséqué préalablement l'os maxillaire supérieur. J'ai été stupéfait, en revoyant cet opéré, du peu de difformité consécutive à la grave opération qu'il a subie. Autrefois faible et délicat, il est aujourd'hui fort et vigoureux.

La joue gauche, sur laquelle existe la cicatrice de la triple incision, est seulement un peu moins saillante que celle du côté opposé. L'œil est parfaitement soutenu. La voûte palatine paraît presque intacte. La courbure de la moitié gauche est seulement un peu moins régulière que la droite. Au-devant du voile du palais existe encore une petite ouverture de la largeur d'une pièce de 20 centimes, qui fait communiquer la bouche avec l'intérieur de la fosse nasale. Cette perte de substance rend la voix un peu nasonnée, mais peut-être il serait possible d'y adapter un obturateur. On ne retrouve, ni à la vue ni au toucher, trace du polype. La guérison est donc aussi radicale que possible.

M. VERNEUIL, en communiquant cette observation de la part de l'auteur, cherche à en faire ressortir l'importance. C'est, dit-il, un fait complet, car la guérison est confirmée longtemps après l'opération. Un tel complément manque encore au plus grand nombre des cas qui ont été publiés; aussi ne saurait-on trop vivement engager les chirurgiens à suivre leurs opérés, et à en donner des nouvelles ultérieures. En effet, après l'emploi des procédés les plus ingénieux, après les extirpations en apparence les plus complètes, la récidive des fibromes naso-pharyngiens est fort à redouter. Quelle méthode met le plus sûrement à l'abri de cette récidive? C'est ce qui reste encore à décider, et ce qui ne sera résolu qu'à la longue par une surveillance prolongée exercée sur les malades.

Depuis bien longtemps déjà la Société de chirurgie s'occupe sans relâche de cette question; elle reçoit journellement de nouvelles communications, le plus souvent relatives à des modifications opératoires plus ou moins importantes, et cependant, malgré sa compétence, elle ne peut prononcer un jugement définitif. La grande discussion de 1859 a eu ce mérite de poser nettement les données du problème. La nécessité d'une opération préliminaire étant reconnue d'une manière à peu près unanime, faut-il choisir pour aborder la tumeur les voies étroites, qui ménagent le plus possible les parties saines de la face, ou créer d'emblée une voie large rendant l'éradication facile et permettant de poursuivre au besoin la récidive, mais sacrifiant d'emblée un des os maxillaires supérieurs? Telle est l'alternative posée en dernière analyse.

Pour ma part, je me suis résolûment décidé pour l'ablation du maxillaire supérieur, et tout en reconnaissant la valeur des objections adressées à ce moyen si radical, j'ai conclu de l'examen des faits que cette méthode était plus expéditive, moins laborieuse, moins dangereuse, plus sûre pour le présent et l'avenir, que les opérations économiques, beaucoup trop incertaines. Le reproche capital consis-

tait à déplorer la perte d'une pièce osseuse aussi étendue, et la difformité consécutive. L'expérience démontre que cette difformité a été fort exagérée, et qu'elle se réduit, à la longue, à une petite perforation palatine facile à corriger par la prothèse. Aux grands maux, les grands remèdes. Les polypes naso-pharyngiens constituent une affection très-grave qu'il faut combattre avec une énergie proportionnelle. La perte de quelques dents et d'une petite pièce osseuse est peu de chose lorsqu'il y va de la vie.

Les succès bien constatés de cette méthode sont déjà nombreux ; les faits récents de MM. Bauchet et Fleury en grossissent le total et confirment mon opinion, que je maintiens donc jusqu'à preuve du contraire. Aussi dis-je encore aujourd'hui comme autrefois : *Lorsqu'un polype fibreux naso-pharyngien a acquis un volume notable, il faut d'emblée se frayer la route jusqu'à lui en enlevant l'os maxillaire supérieur correspondant.*

DISCUSSION.

M. DEBOUT. Si la Société veut entrer dans la voie indiquée par M. Verneuil, je prierai M. Marjolin de nous donner l'état actuel d'un malade qui a été opéré par M. Maisonneuve, et qui est actuellement employé comme charretier à l'hôpital Sainte-Eugénie. Il y a six ans qu'il a subi cette opération ; on pourra donc sur lui apprécier le résultat définitif de l'extraction du maxillaire supérieur. Je connais un autre malade opéré par M. Robert, il y a une quinzaine d'années. Or ce malade boit, mange, parle sans aucune gêne, et sa difformité est vraiment peu considérable.

M. MARJOLIN. Je ferai l'examen auquel je suis invité par M. Debout, et j'en rendrai compte à la Société.

M. VERNEUIL. Pour mettre fin à ce débat, il faut nécessairement établir une enquête sur des faits qui datent déjà d'une époque assez éloignée. On pourra seulement alors apprécier les avantages et les inconvénients des diverses méthodes opératoires pour les polypes naso-pharyngiens.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT ouvre le scrutin pour la nomination d'une commission de cinq membres chargée de présenter une liste de candidats pour le titre de membre associé étranger de la Société de chirurgie.

Cette commission se compose de MM. Giraldès, Broca, Verneuil, Danyau et Larrey.

COMMUNICATIONS.

Anévrysme de ~~l'artère axillaire~~. — Ligature de la sous-clavière. Amélioration. — M. BROCA fait sur ce sujet une communication de vive voix.

— **M. LIÉGEOIS** communique à la Société deux observations, dont l'une est relative à la staphyloraphie, et l'autre se rapporte à un kyste de la mâchoire inférieure.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LE Dr WECKER présente à la Société un malade dont l'histoire est relatée par lui de la manière suivante :

Ce malade est venu le consulter il y a à peu près trois semaines. Il avait sur la cornée gauche une large tache centrale semi-transparente, datant de plusieurs années. Par la diffusion des rayons lumineux occasionnée par la tache, le malade était tellement troublé dans sa vue que ses occupations lui étaient rendues impossibles, et qu'il était sur le point de perdre sa place comme employé du chemin de fer.

Il s'agissait ici de choisir un procédé opératoire apte à rendre au malade la vue sur l'œil gauche et de le débarrasser surtout de ces éblouissements continuels occasionnés par la diffusion de lumière sur cet œil. Une simple iridectomie aurait bien permis au malade de voir avec l'œil gauche, avec lequel il ne pouvait pas compter les doigts ; mais l'iridectomie aurait, en agrandissant la pupille et en la privant en grande partie de sa mobilité, aurait, disons-nous, contribué à augmenter les éblouissements du malade.

Nous avons donc préféré ici un autre procédé opératoire, c'est celui de M. Critchett, auquel nous avons fait subir quelques modifications. Cette opération, nommée par lui *iridesis*, à laquelle on ferait bien de donner le nom de *déplacement pupillaire,* consiste, comme vous pouvez le constater sur le malade, à porter le bord pupillaire vers le bord cornéen, en conservant intègres toutes les fibres du sphincter de l'iris. Selon M. Critchett, on pratique une petite incision au bord de la cornée, et, après avoir produit à l'aide de pinces un prolapsus de l'iris, on le lie avec un fil, pour s'opposer à sa rétraction dans l'œil.

Ce prolapsus se nécrose après quelques jours, un iridenkleisis s'est produit à l'endroit de la ponction de la cornée, et le bord pupillaire est fortement altéré vers ce point. La pupille ainsi déplacée conserve une contractilité parfaite aussitôt qu'on a eu soin de ne pas comprendre les fibres du sphincter de l'iris dans le prolapsus qu'on laisse couper par la ligature.

Il nous est possible par ce procédé ingénieux de placer la pupille de manière qu'elle occupe l'endroit de la cornée le plus favorable pour le passage des rayons lumineux, en même temps que l'iris, attiré pour permettre ce déplacement, cachera des endroits de la cornée ou du cristallin qui peuvent être défavorables au passage des rayons lumineux.

Les modifications que nous faisons subir au procédé de M. Critchett sont les suivantes :

1° Comme vous pouvez le constater sur le malade, nous pratiquons l'incision dans la sclérotique à deux millimètres du bord cornéen et non dans la cornée, parce qu'il arrive facilement que la partie de cette membrane où l'on a pratiqué la paracentèse s'opacifie ou présente un changement dans sa courbure, et qu'on voit ainsi échouer le résultat de l'opération, parce qu'on se trouve près de la partie de la cornée qui par sa transparence pouvait le mieux servir à la vue;

2° Nous plaçons bien, comme M. Critchett, une ligature autour du prolapsus iridien, mais, après vingt-quatre heures, nous coupons la partie proéminente de l'iris. La ligature n'a pour but que d'empêcher la rentrée du prolapsus iridien; après vingt-quatre heures ce but est atteint par l'adhésion de l'iris à la plaie, et on évitera une irritation inutile en ne laissant pas plus longtemps séjourner la ligature et la partie prolobée de l'iris entre les paupières et le globe oculaire.

Pour placer la ligature, nous nous servons de la pince de M. Waldan (de Berlin), que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

Le malade que nous avons opéré selon le procédé de M. Critchett, modifié comme nous venons de l'indiquer, peut aujourd'hui très-bien se servir de son œil. L'iris, attiré par le déplacement de la pupille, cache pour la plus grande partie la tache semi-transparente et centrale de la cornée; cette pupille se contracte très-énergiquement, et s'oppose ainsi à la diffusion des rayons lumineux qui traversaient auparavant la tache.

Le malade, qui ne pouvait travailler qu'en cachant l'œil gauche ou en tournant la tête fortement à gauche pour exclure autant que possible la vue de l'œil gauche, est aujourd'hui en état de se servir parfaitement bien de ses deux yeux; l'éblouissement a presque complétement cessé, et le malade n'est plus gêné dans son travail.

Je serais heureux si mes communications contribuaient à vulgariser l'excellent procédé opératoire de M. Critchett. L'*iridesis* ou *déplacement pupillaire*, modifié comme nous venons de l'indiquer, pourra rendre des services sensibles à la pratique oculaire.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 3 décembre 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. Année 1861.

— *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.* Juillet à octobre 1862.

— Lambron. *Les Pyrénées et les eaux thermales de Bagnères-de-Luchon.* Paris, 1862, 2 vol. in-12.

— Le même. *Etudes historiques sur les établissements thermaux des Pyrénées.* Paris, 1853, in-8°.

— Le même. *Sur le traitement du rhumatisme par les eaux de Bagnères-de-Luchon.* Paris, 1862, in-8°.

M. Larrey fait don à la Société de l'*Histoire de la médecine*, de Freind, de quarante thèses de chirurgie et de plusieurs collections de journaux.

— M. Charrière père adresse une réclamation de priorité relative à l'appareil pulvérisateur qui a été présenté dans une précédente séance par M. Giraldès. (Commissaires, MM. Giraldès, Debout et Bauchet.)

— M. le docteur Ancelet, candidat au titre de membre correspondant national, adresse une note sur l'*extraction des phalanges intermédiaires*. (M. Verneuil, rapporteur.)

— M. le président annonce à la Société la mort de M. Robert, un de ses membres fondateurs, et après une courte allocution, dans laquelle il exprime ses regrets et ceux de la Société, il lève la séance.

Discours prononcé sur la tombe de M. Robert, le 4 décembre 1862, par M. le Dr Verneuil, au nom de la Société de chirurgie.

Si toute une vie de travail et de probité assurait une vieillesse longue et sereine ; si le dévouement d'une famille, l'attachement sincère de nombreux amis et l'estime de tous pouvaient retarder le dénoûment fatal, nous ne serions pas ici rangés tristement autour de

cette tombe, et la douleur d'une séparation inévitable serait encore pour longtemps ajournée. Mais tout est impuissant, la mort frappe à ses heures et suivant son caprice, aussi peu soucieuse de décimer les bons que d'épargner les méchants ; elle plane : celui-ci tombe, l'autre survit, et tout reste inexpliqué.

Ainsi disparaissent fatalement les hommes d'élite comme les pauvres d'esprit ; ils meurent au début, au milieu, à la fin de la lutte ; rarement ils survivent au triomphe, plus rarement encore ils en recueillent les fruits mérités, et nous, spectateurs incertains du lendemain, nous courbons la tête en attendant notre tour.

En prenant la parole au nom de la Société de chirurgie, dont Robert était membre fondateur, et au sein de laquelle il comptait tant de disciples et tant d'amis, je n'accomplis pas un devoir banal imposé par les convenances. En attendant l'époque où sera dignement racontée la vie de l'éminent chirurgien à qui elle doit tant, la Société tout entière, plongée dans un véritable deuil, m'envoie déposer sur ce tombeau le tribut de ses regrets unanimes, car elle sent tout ce qu'elle perd en se séparant pour jamais d'un membre pour lequel elle a toujours professé autant d'affection que de respect.

J'ai d'ailleurs vivement sollicité cette mission douloureuse, non que je pense acquitter par un discours imparfait une dette de reconnaissance que je compte garder comme un pieux souvenir, mais parce que j'étais aussi jaloux de la remplir qu'un fils peut l'être de fermer les yeux d'un père vénéré.

C'est en 1847 que j'approchai ce maître si cher. J'avais vingt-quatre ans, il en avait presque le double. D'abord je ne fus naturellement que son modeste élève ; mais il voulut bien oublier la distance que mettaient entre nous l'âge et la position, et bientôt, non content de m'avoir rendu des services de tout genre, il me fit l'honneur et le plaisir de m'appeler son jeune ami. C'est ainsi que quinze ans de respectueuse sympathie et de cordiale intimité m'ont permis de voir de près, c'est-à-dire d'admirer un des esprits les plus justes, un des cœurs les plus nobles, une des âmes les plus pures qu'il m'ait été donné de rencontrer.

Ce qu'ont été pour moi un tel contact et de tels exemples, je ne pourrais l'exprimer ; mais je veux dire combien fut intelligent, bon et honnête, l'homme auquel nous disons à cette heure un suprême adieu.

Je ne vous raconterai pas les premières années de Robert, ni ses débuts, ni ses concours primaires, ni les succès plus importants qui lui valurent la place de chirurgien des hôpitaux et celle d'agrégé à la Faculté. Je ne vous rappellerai pas ses titres honorifiques nombreux ;

j'affirmerai seulement que titres et places furent conquis au grand jour, par le concours ou par suite d'élections loyales, sans intrigue et sans bassesse.

A quoi servirait d'ailleurs d'énoncer ces ébauches et ces phases d'une carrière brillante ? Ne le connaissez-vous pas ? C'est presque toujours la même légende, avec les mêmes chapitres et les mêmes paragraphes : bourse légère, âpre travail, sobres appétits, vaillant courage ; au début, la jeunesse avec ses ardeurs et ses rêves ; plus tard, la virilité avec sa force et sa persévérance.

En passant sous silence la jeunesse de Robert et en ne parlant que de l'homme fait que j'ai connu, je ne m'expose pas, du reste, à des appréciations erronées, car s'il est des organisations exceptionnelles dont l'aurore ne fait pas prévoir l'avenir ou le dément, il existe au contraire pour certaines natures tempérées et pondérées une unité de sentiments et d'actes qui n'implique autour de la ligne choisie que des oscillations sans portée ; pour elles l'esquisse de la vie est définitive, quoique précoce ; il ne reste à faire à l'épreuve tirée de bonne heure que des corrections dont se chargent plus tard les succès ou les revers, les souhaits réalisés ou les espoirs déçus. Robert était une de ces natures égales dirigées par des principes fermes et simples ; sa carrière eut une évolution logique déduite des traits principaux de son caractère, de l'époque à laquelle il vécut et du milieu qu'il traversa.

Physionomie agréable, parole douce, abord bienveillant, manières affables, exquise urbanité, tenue correcte sans affectation, dignité calme, rien d'obséquieux, rien de tranchant dans les formes, inspirant la sympathie, commandant la confiance, tel était l'homme extérieur. Ces heureuses qualités le servaient beaucoup auprès des malades, qui, passez-moi cette expression, aiment à aimer leur médecin comme homme autant qu'à lui confier leur sort à titre de savant. Il méprisait à la fois cette brutalité qui inspire moins de respect que de terreur, et cette fausse bonhomie à l'aide de laquelle on capte les clients sans s'y intéresser.

Parmi ses confrères et ses collègues, Robert, grâce à son aménité, comptait des amis nombreux et dévoués. Paraissait-il à la Société de chirurgie, où depuis quelque temps ses visites étaient malheureusement trop rares, toutes les mains tendues allaient chercher la sienne et le remerciaient en quelque sorte de sa présence ; ses contemporains le fêtaient, et peut-être encore plus les jeunes gens, qui ne sont froids et sévères que pour les mauvais vieillards.

Ce que Robert fut comme chirurgien et comme savant, d'autres vous le diront longuement, ils énuméreront ses travaux substantiels et

tous empreints de maturité. Elève brillant de cette forte école de Dupuytren, qui hérita des qualités du maître sans continuer ses défauts, il était le modèle du chirurgien d'hôpital.

Vous vous rappelez ses remarquables concours, ses argumentations sérieuses et pressantes. Il excellait en effet dans ces luttes mémorables que nous regrettons et où il était au moins permis de faire savoir, *urbi et orbi*, ce qu'on était et ce qu'on valait.

Quinze années durant, il enseigna à l'École pratique la médecine opératoire, dont nul ne connut jamais mieux que lui les principes et l'application. Plus tard, à l'hôpital Beaujon, puis à l'Hôtel-Dieu, il s'était acquis une juste renommée par un enseignement clinique soigneusement élaboré.

A l'Académie, à la Société de chirurgie, il prit souvent part à des discussions importantes, non pour remplir de ses discours les colonnes des journaux de médecine, mais pour servir le progrès et pour élucider, à l'aide de sa vaste expérience, les points difficiles de notre art.

Robert, dans ses leçons ou ses discours, n'avait pas cette parole retentissante ou imagée qui passionne le public; sa diction était sobre, correcte, d'une clarté et d'une netteté sans pareilles; pas plus ici qu'ailleurs il ne visait à l'effet, mais on l'écoutait avec plaisir et attention, de sorte que les préceptes instructifs qu'il promulguait pénétraient sans effort dans l'esprit, pour y laisser une empreinte durable.

Quels fruits portèrent d'aussi fortes qualités, servies par un travail opiniâtre ? Pour ceux qui ne voient d'autre couronnement à la vie que la fortune et la considération plus ou moins factice qu'elle procure, Robert avait atteint le but, car il avait acquis une honorable aisance et conquis l'estime générale. Mais nous savons bien qu'il avait une plus noble ambition, et que son vœu le plus cher était d'arriver au professorat à la Faculté. Pendant trente ans il sacrifia à poursuivre cette distinction repos, lucre et santé.

Lorsque l'heure de la justice aura sonné, il faudra raconter pourquoi et comment furent trompées des espérances légitimes, qui plus d'une fois touchèrent de bien près à la réalisation ; il faudra prononcer des paroles amères, dévoiler des trahisons et des faiblesses dont Robert a été victime, et dire alors que cette longue lutte contre l'injustice et la partialité abrégea notablement la vie de ce martyr des concours.

J'ai assisté à toutes ces angoisses ; j'ai écouté tous les battements de ce cœur agité ; j'ai compté les illusions et les désenchantements; et tandis que mon noble maître avait eu la grandeur d'âme de tout oublier, je me souviens de tout. Aussi, croyez-le bien, il ne faut rien

moins que la douleur qui m'oppresse, et le caractère solennel du lieu où nous sommes, pour arrêter l'essor de mon ressentiment.

Soyez-en convaincus comme moi, Robert eût été un professeur de clinique accompli. Une instruction profonde, un jugement sûr, une grande ardeur pour le travail, lui eussent permis de tenir élevé le drapeau de notre chirurgie française.

J'ajoute, et cela en vaut la peine, qu'il eût encore servi les élèves, en leur offrant l'exemple de la moralité professionnelle la plus irréprochable. Tout en s'instruisant par sa parole, la jeunesse aurait appris ce qu'est un chirurgien probe et désintéressé, respectant dans la personne du malade l'homme, son semblable; hardi dans l'occasion, jamais téméraire; agissant d'après sa conscience, sans s'inquiéter si l'issue serait profitable ou non à sa célébrité; toujours prêt, en un mot, à sacrifier la gloire à la vérité, la science à l'humanité, l'intérêt au devoir.

Elle l'aurait vu dédaignant les adroites mises en scène, les expédients de popularité et les appels fructueux à la publicité. Et faisant tomber du haut de la chaire des conseils qui retentissent trop rarement à l'oreille des néophytes, Robert leur aurait enseigné qu'il n'y a qu'une route, c'est la droite; qu'un but, les honneurs mérités; qu'un moyen, le travail; qu'une faveur enfin, celle d'être jugé par ses pairs et selon ses œuvres.

Voilà bien longtemps que je parle, Messieurs, et je n'ai fait cependant qu'esquisser incomplétement l'homme public, tel que tout le monde l'a pu juger. Que de pages ne me faudrait-il pas pour vous faire connaître l'homme privé !

Austère sans rudesse, vertueux sans intolérance, confiant dans la parole d'autrui, parce qu'il n'avait jamais, quoi qu'on en ait dit, violé la sienne, il croyait à peine au mal, au mensonge, à la calomnie, parce qu'il n'aurait jamais su, pour sa part, nuire, médire ou mentir. Doué au plus haut degré de cette délicatesse de conscience qu'on appelle sens moral, il l'appliquait tout d'abord à ses propres actes, et ne se trompait jamais sur le juste et l'injuste; jamais il ne s'indigna que contre l'iniquité.

Tel fut l'homme que nous avons perdu. Personne à coup sûr n'aurait pu lui trouver de défauts réels, et quiconque l'approchait pouvait en l'imitant apprendre comment on pratique la vertu.

Puissions-nous, comme lui, sans peur et sans reproche, abandonner la terre, car il n'a fait couler les larmes que de ceux qui lui survivent !

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 10 septembre 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. Broca. Voici une pièce sur laquelle nous n'avons que des renseignements vagues, mais qui offre néanmoins un certain intérêt. Elle a été recueillie sur le cadavre d'un vieillard qui a succombé à une affection des voies urinaires. Il portait en effet une prostate volumineuse ayant amené de la fièvre, de la rétention d'urine, et la mort est survenue subitement sans cause connue. Peut-être y a-t-il eu une syncope.

Quoi qu'il en soit, la pièce que je présente montre une lésion qui à elle seule était capable de produire une mort subite, et cependant elle n'a pas amené ce résultat. A l'autopsie, nous avons constaté que le trou occipital était presque oblitéré par une tumeur osseuse. La pièce a été enlevée un peu précipitamment, parce que le sujet était réclamé, de sorte que le trait de scie passant au niveau de la troisième vertèbre cervicale a porté dans la lésion. Telle qu'elle est, cette pièce nous fait voir encore un exemple de luxation de l'atlas sur l'axis, avec fracture de l'apophyse odontoïde. Il y a déplacement latéral, avec un certain degré de rotation. Sur le vivant, nous avions déjà remarqué que la tête était un peu de travers et le cou un peu roide. Il est probable qu'il y a eu un accident traumatique. L'apophyse droite de l'axis fait saillie dans le canal rachidien, de sorte que le petit doigt peut être à peine reçu dans ce canal.

On se demande dès lors comment la moelle n'a pas été déchirée au moment de la production de la luxation. Je ne pense pas qu'il s'agisse là d'une luxation pathologique. A la suite de ce déplacement, les premières vertèbres cervicales se sont ankylosées, mais je ne puis dire jusqu'à quelle vertèbre descendait cette soudure.

DISCUSSION.

M. Boinet. J'ai connu une femme qui, en 1826, fit en jouant une chute sur la tête; à la suite de cet accident, elle éprouva un dérangement dans le cou pouvant s'expliquer par une luxation ou une fracture des premières vertèbres cervicales. Or, cette malade vit encore,

mais elle a une paralysie des membres inférieurs et supérieurs, et une dysphagie. La tête est portée en avant, il y a saillie dans le pharynx, au niveau de l'axis, et un strabisme.

M. TRÉLAT. Je veux signaler une disposition anatomique propre à expliquer l'absence de compression dans la moelle lorsqu'il y a fracture ou luxation. En haut, la moelle ne remplit pas tout le canal rachidien, bien s'en faut. La dure-mère et les sinus rachidiens remplissent les deux tiers de ce canal, de sorte que l'effet de la compression porte d'abord sur les organes. Quant au déplacement, il s'explique par la disposition des facettes articulaires que l'on découvre bien en faisant une section verticale et transversale du rachis à ce niveau. On voit alors que l'axis forme uno sorte de coin glissant en dehors par un mouvemont de translation. J'ai déposé au musée Dupuytren des pièces qui démontrent cette disposition.

M. RICHET. Je partage l'opinion de M. Broca sur l'existence d'un déplacement latéral d'un centimètre. Mais ce qui me trouble, c'est l'absence complète de paralysie avec une semblable lésion. Il n'y a pas plus de deux cas do luxation connus de l'axis : l'un est dû à M. Hirigoyen, l'autre à notre collègue M. Guérin, et dans les deux cas la mort a été instantanée. Dans le cas de M. Broca, il y a fracture et déplacement latéral; le canal vertébral est rétréci considérablement, d'où une difficulté de comprendre qu'il n'y ait pas eu de paralysie. Comme les renseignements ne sont pas précis, il est permis de conserver des doutes sur la non-existence de la lésion de la moelle.

M. GIRALDÈS. M. Richet dit qu'il n'y a que deux faits connus de luxation de l'axis; mais il y a un mémoire publié dans lo *Journal complémentaire des sciences médicales* dans lequel on cite plusieurs exemples de ces luxations, et dont quelques-unes s'accompagnent en même temps de fracture de l'apophyse odontoïde.

M. CHASSAIGNAC. S'il n'y a pas de renseignements exacts, il ne faut pas s'étonner de ce rétrécissement sans paralysie. Il y a dans le musée de Leyde des pièces qui montrent un canal rachidien très-petit et cependant compatible avec la vie. Il est probable qu'un travail ostéopathique a amené un rétrécissement graduel, qui rend compte d'une compression lente et par conséquent supportable pour la moelle comme elle est supportable pour le cerveau.

M. BROCA. Je n'ai pas dit qu'il y avait eu absence de paralysie; tout ce que j'ai avancé, c'est qu'il n'y en avait pas au moment de notre observation. Les renseignements nous manquent sur ce qui s'est produit au moment de l'accident; mais je pense qu'alors il y a des troubles nerveux du côté de la moelle.

M. HUGUIER. Ces sortes de luxations peuvent avoir lieu par une cause traumatique ou pathologique. J'ai publié un cas de luxation de l'atlas sur l'axis ; peu à peu il est survenu des phénomènes de compression de la moelle, consistant d'abord dans la paralysie du mouvement, puis de la sensibilité, et, bref, la mort est arrivée progressivement.

M. LARREY. J'ajouterai un seul fait. Il y a vingt-deux ou vingt-trois ans, j'ai vu un résultat fatal par suite d'une luxation survenue dans une tumeur blanche du cou. Le chirurgien examinait son malade, il fit un mouvement qui déplaça les os, et la mort arriva instantanément pendant cet examen. Dans l'histoire des tumeurs blanches du cou, il serait facile de recueillir beaucoup d'exemples semblables.

COMMUNICATION.

M. RICHET. Il y a deux mois environ, j'ai apporté ici une pièce que j'avais enlevée sur une dame. Une discussion s'était établie sur la nature de cette pièce; diverses opinions se produisirent. Or, la suite de cette opération nous éclaire aujourd'hui d'une nouvelle lumière. La récidive est survenue; j'ai enlevé une seconde tumeur, et l'examen au microscope nous montre qu'elle est composée de tissu et d'éléments fibro-plastiques.

— M. BOUROT donne lecture d'une note sur le pied chinois.

Cette note est renvoyée à l'examen de M. Bouvier.

— M. DEMARQUAY fait la communication suivante:

L... (Francois), âgé de trente-cinq ans, a été pris, il y eut un an au mois d'août, de douleurs très-vives dans le ventre, au niveau du foie. D'après le récit du malade, ces douleurs avaient le caractère de coliques hépatiques; elles durèrent pendant quarante-huit heures. A la suite de ces symptômes, une tuméfaction apparut au-dessous du foie, au niveau de la vésicule biliaire. Cette tuméfaction alla graduellement en augmentant, au point d'acquérir un volume considérable. La peau devint rouge et tendue, et une perforation spontanée qui eut lieu au mois de février dernier donna issue à une grande quantité de matière bilieuse mêlée de pus. La plaie resta fistuleuse, et donna passage, dans le mois d'avril suivant, à trois ou quatre fragments de nature pierreuse, qui furent reconnus pour être des calculs biliaires.

Depuis cette époque, il s'écoule chaque jour par la fistule une petite quantité de matière purulente. Malgré tous ces accidents, la santé générale du malade est restée intacte; il a toujours continué ses travaux très-rudes de cultivateur. Il n'a jamais eu d'ictère, même à la suite de ses douleurs hépatiques.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. DEMARQUAY. Bien que les productions cornées qui se développent à la surface du corps ne soient point rares, j'ai pensé que la Société verrait avec intérêt une pauvre femme portant sur le bras droit une véritable corne de bélier de la longueur de vingt centimètres.

Cette malade m'a été présentée par M. le docteur Courtois, médecin à la Villette; il a eu la bonté de rédiger lui-même l'observation, que je dépose sur le bureau.

J'ai fait à ce sujet une série de recherches, et je joins à l'observation de mon honorable confrère le résumé sous forme de tableau de tous les faits analogues que j'ai trouvés dans la science.

Tableau des principales observations des productions cornées.

NOMS des OBSERVATEURS.	SEXE.	AGE.	RÉGIONS.	LONGUEUR.	Largeur, épaisseur circonférences.
Jean Renaudot	Homme.	35	Front (côté droit)		lat. — ép. 0,010
Voigtel.	Femme.	70	Front.	0,108 tr	0 0112
Vesling.	Femme.	60	Front (c. gauche).	0 025	l. 0,012
Cabrol.	Homme.		Idem..	0,162	Id. 0,027
M. A. Severin.	Homme.		Angle du front. .		
Dalechamps.	Femme.		Front.	0 067	
Th Bartholin.	Fille. . .		Front.	0,081	
Geronimo Fabricio. ...			Front.	0,018	l. 0,015
W. Sœmmering.	Femme.	69	Front.	18 lignes.	ép. 15 l.
J. Cloquet.	Femme.	âgée.	Front.	5 pouces.	d. 6 à 7 p.
Th. Bartholin.	Femme.	70	Temporale.	0,161	
Gastellier.	Femme.	97	Temporale (ge) .		
Cosnard.	Femme.	42	Pariétale (droite).	0,148	l. 0,015
Bertrand.	Femme.	55	Supérieure et latérale gauche de la tête..	5 pouces.	
Schudeler..	Femme.	âgée.	Apophyse mastoïde.	0,109	
Meckel.	Femme.	36	Suture pariéto-occipitale gauche.	0 027	l. 0,007
Morgagni.	Homme.	âgé	Sinciput (gauche)	0,066	cir. 0,36
— *J. univ. des sc. méd.* . .	Homme.		Sinciput	biturq.	cir. 0,372
J. Bauhin.	Homme.	60	Oreille (droite). .		
Alibert.	Homme.	Vieill.	Occiput.		
Leprinee.	Homme.		Malaire.	0,081	l. 0,093
Borel.			Près de l'œil. . . .		
D'Estanone.	Femme.	Vieille	Joue.	0,055	ép. 0,036
Bauhin.			Mâchoire.		
Pinson..	Femme.		Nez.	0 047	
Chotard.	Femme.	Vieille	Nez..	0,027	
Huet-Després.	Femme.	75	Nez.	0,014	d. 0,007
Eudes.	Femme.	75	Nez..	0,0.9	ép. 0,012
Breschet..			Conjonctive		
Breschet..			Langue.		
Caldani.	Femme.		Tête.		

NOMS des OBSERVATEURS.	SEXE.	AGE.	RÉGIONS.	LONGUEUR.	Largeur, épaisseur, circonférences.
Dr Ebn Zohar.	Homme.		Dos.		
Alibert.	Femme.	70	Fourchette du sternum.	0,108	
Alibert.	Homme.	76	1re pièce du sternum.	0,243	cir. 0,054
Rigal.			Partie moy. de la 1re pièce du sternum.		
Salomon Reisel.	Homme.		Mamelon gauche.		
Rigal.			Coccygienne.		
Alibert.			Tubérosité de l'ischion.		
Dumonceau.	Femme.	66	Part^{e} moyenne et interne de la cuisse droite.	0,288	cir. 0,081
Acad. roya'e de chir.	Femme.	70	Cuisse gauche en dedans.		
Rochefort.	Femme.	75	Cuisse droite (partie interne).		
Dumonceau.	Femme.	78	Cuisse g$^{uc e}$ (postérieure et inférieure).	0,252	l. 0,081
Id.	Femme.	69	Les deux cuisses (partie moy^{e}).	0,068	
Id.	Femme.	82	Cuisse postér^{e} et inférieure.	0,034 0,068	
J. B. Denis.	Homme.	80	Jambe droite.	0,051	cir. 0,054
Moreau.	Homme.	80	Jambe (face interne).		
Zientar.	Homme		Talon.	0,12	
Frédéric Lachmund.	Femme		Pied (partie sup.).		
Breschet (Fac. de méd.).	Femme.	âgée.	Pieds et mains.		
Barthelemy Dunus.	Fille.	18	Bras, jambe, dos.	0,025	
Ingrassias.	Fille.		Mains, coudes, genoux, tête et front.		
Ash.			Doigts, orteils, genoux, coudes, fesses, bras gauche.	0,093	d. 0,012
J. B. Behrendt.	Homme	53	Mains et pieds.		
Richond-Desbrus.	Homme.		Gland.	2 pouces	d. 1 pouce
Caldani.	Homme.	70	Gland.	le vol^{me} du gl^{d}.	
Breschet.	Homme.	âgé.	Gland.		
Ebers.	Homme		Gland.		
Home.	Femme.	48		11 p^{ces}.	circonf. 2 p^{ces} 1/2.
Rhodius.			Deux cornes.		

Observation d'un kyste sébacé sécrétant depuis trente-quatre ans continuellement une substance ayant la forme et l'apparence d'une corne de bélier.

(Recueillie par M. le docteur Courtois.)

Veuve M..., fille V... (Marie-Marguerite-Rose), âgée de soixante et onze ans, née à Passy-sur-Marne, arrondissement de Château-Thierry; tempérament sanguin, de forte constitution, taille au-dessus de l'ordinaire; menstruation tardive et douloureuse, à vingt et un ans seulement, très-régulière depuis jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans, époque à laquelle elle a cessé de paraître sans gêne appréciable.

Mariée à trente et un ans, elle eut sept enfants en onze ans, tous nés viables et fortement constitués; son premier-né était du sexe masculin; il avait quatre dents en venant au monde, deux en haut et deux en bas, et toutes les autres étaient sur le point de percer la gencive; il mourut des suites du travail de l'accouchement.

Elle travailla aux champs jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, vint à Paris, entra chez un tonnelier, qui devint son mari, et partagea sans fatigue son pénible travail jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans; devenue veuve, elle gagna sa vie depuis ce temps en cardant des matelas.

A trente-huit ans, sans cause appréciable, il lui vint au sommet du bras droit, en dehors, une tumeur, grosse d'abord comme un pois, qui pendant sept ans atteignit progressivement le volume d'un œuf de poule; cet accroissement se fit sans douleur.

Elle raconte que les dames Saint-Thomas, pour dissoudre la tumeur, lui appliquèrent un emplâtre de couleur brune, à la suite duquel, quinze jours après, survint une éruption boutonneuse qui envahit tout le côté droit du corps; dix-huit mois après, nouvel emplâtre, nouvelle éruption, moins intense il est vrai; enfin douze emplâtres furent employés pendant quatre ou cinq ans sans que l'éruption reparût.

Alors la peau se dessécha, et la tumeur s'ouvrit; on en fit sortir avec facilité un corps gras, fétide, gris, dur, granulé. Après quelques jours d'application d'une pommade inerte, on enleva sans douleur et sans le moindre écoulement sanguin une espèce de poche qui contenait la tumeur.

La chair reboucha la cavité en trois ou quatre jours; alors elle aperçut au centre de la place occupée par la tumeur une petite corne de la grosseur d'un pois; elle la fit tomber avec son ongle; trois ou quatre jours après, reproduction semblable; elle la laissa pousser jus-

qu'à ce qu'elle atteignit 4 centimètres de longueur : elle avait la forme aplatie d'un grand haricot.

Elle se confia aux soins du docteur Barrère, qui lui en fit la section, et retira, dit-elle, du fond de la plaie, plus de cinquante *germes*.

Peu de jours après, réapparition de la tumeur, mais divisée en sept branches arrondies, d'inégale grosseur. Pendant quatre ans elle est soignée par les homœopathes Simon père et fils inutilement, malgré, dit-elle, la violence parfois de l'action de leurs remèdes, tout insipides qu'ils étaient. Pendant ce laps de temps, trois branches tombèrent et ne repoussèrent plus.

Elle alla consulter les chirurgiens de l'hôtel des Invalides. M. Hutin ne voulut rien faire autre chose que la section de la portion cornée de l'excroissance. Cette opération fut répétée tous les deux ou trois ans, six fois en tout jusqu'à ce jour. Après la deuxième section, les quatre branches qui restaient n'en firent plus qu'une.

La dernière opération fut faite par moi, le 2 mai 1859. La partie que je sciai avait 13 centimètres de longueur ; sa grosseur était sensiblement la même dans toute son étendue, 15 millimètres de diamètre. Elle était contournée en spirale. Un pédicule charnu, composé de faisceaux agglomérés, la supportait. On remarquait, à un centimètre de hauteur, une ligne de démarcation entre la chair et la substance cornée, semblable à celle que l'on observe à l'insertion du cordon ombilical.

La tumeur actuelle est la plus volumineuse de toutes. La malade en réclame la section depuis au moins six mois ; elle éprouve un engourdissement dans le bras et la main, qu'elle attribue aux tiraillements produits par les chocs extérieurs qu'elle ne peut toujours éviter.

En décembre 1861, elle eut le côté droit envahi par un large zona dont elle souffrit pendant deux mois ; il lui en est resté une assez vive démangeaison.

Au moment où la production cornée a pris son plus grand développement, son appétit est devenu excessivement impérieux. Quatre livres de pain étaient insuffisantes pour elle pendant les vingt-quatre heures ; elle a été obligée pendant quinze ans de se relever la nuit pour manger, sans augmenter d'embonpoint, au contraire. Depuis deux ou trois ans, elle mange comme tout le monde.

Je dois ajouter que sa vie est très-régulière.

COMITÉ SECRET.

Sur l'invitation de M. le président, la Société se réunit en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport sur le prix Duval.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 17 décembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Bulletin de la Société anatomique; 26e année, par M. le Dr Besnier, secrétaire. Paris, 1861, un vol. in-8°.

Casimir Sperino. *Études cliniques sur l'évacuation répétée de l'humeur aqueuse dans les maladies de l'œil;* Turin, 1862, un vol. in-8°.

Oscar Ansiaux. *De la résection des articulations du membre inférieur;* thèse de doctorat en chirurgie. Liége, 1861, in-8°.

Augé (Jules). *Essai sur les abcès sous-périostiques aigus*; thèse inaugurale. Paris, 1862, in-4°.

Laborie. *Du rôle des symphyses dans l'accouchement;* Paris, 1862, in-8°.

Boinet. *Des désinfectants;* Paris, 1862, in-8°.

Charrière. *Quelques rectifications,* etc. Paris, 1862, in-8°.

— M. le docteur Lionnet (de Corbeil) annonce à la Société qu'il a entièrement renoncé à l'exercice de la profession médicale, et donne sa démission de membre correspondant national.

— M. le docteur Brun-Séchaud (de Limoges), candidat au titre de membre correspondant national, adresse un manuscrit intitulé : *Quelques remarques sur l'ostéoplastie périosto-médullaire* (commissaires, MM. Verneuil, Foucher, Larrey).

— M. Lala (de Rodez), candidat au titre de membre correspondant national, adresse un mémoire manuscrit *sur une nouvelle méthode de désarticulation du bras* (commissaires, MM. Chassaignac, Huguier, Bauchet).

— M. le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse), candidat au titre de membre correspondant national, adresse un travail intitulé : *Tumeur du cou, extirpation; considérations sur l'aphonie consécutive à la ligature de la carotide* (commissaires, MM. Marjolin, Giraldès, Broca).

— M. le docteur Hamon (de Fresnay-sur-Sarthe) adresse un manuscrit intitulé : *Note sur un nouvel appareil amovo-inamovible d'une grande simplicité* (commissaires, MM. Follin, Guérin, Dolbeau).

— M. Larrey offre à la Société, au nom de M. le docteur Appia (de Genève), une édition anglaise de l'ouvrage de cet auteur sur les plaies d'armes à feu. Cet ouvrage est intitulé : *The ambulance Surgeon; or practical observations on gunshot wounds*. Edinburgh, 1862, un vol. in-12.

— M. le docteur Beyran, qui appartient déjà à la Société comme membre correspondant étranger, et qui est maintenant fixé à Paris, prie la Société de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

— M. le docteur Avrard (de la Rochelle) adresse à la Société la lettre suivante :

« Dans la séance du 26 novembre, dont la *Gazette des Hôpitaux* nous a donné le compte rendu le 6 décembre, M. le docteur Verneuil disait, en parlant de la récidive des polypes naso-pharyngiens : « Quelle méthode met le plus sûrement à l'abri de cette récidive? C'est ce qui reste à décider, et ce qui ne sera résolu qu'à la longue par une surveillance prolongée exercée sur les malades. »

» Cette surveillance nous est facile à nous, chirurgiens des petites localités, et je viens répondre pour ma part au *desideratum* exprimé.

» Candidat depuis trois ans au titre de correspondant de la savante Compagnie, j'ai appuyé ma candidature de plusieurs travaux, dont un sur les polypes naso-pharyngiens : la pièce pathologique, conservée dans l'alcool, accompagnait mon mémoire.

» Il n'y a pas eu de récidive *depuis quatorze ans*. L'observation, mais surtout le volume, bien que diminué par un long séjour dans l'alcool de la pièce pathologique, diront quelle était l'imminence du danger lorsque j'ai dû opérer par arrachement. Immédiatement après l'opération, on distinguait d'une manière évidente sur la pièce fraîche la trace de son implantation à l'os basilaire; cette empreinte avait les dimensions d'une pièce d'un franc.

» Dans un second travail sur l'épithélioma de la face, je donnais l'observation d'un homme de soixante-seize ans, sur lequel j'avais dû faire, après l'extirpation d'un volumineux épithélioma, une cheiloplastie de la lèvre inférieure, ou plutôt une autoplastie comprenant les

trois quarts du menton, la lèvre inférieure et une partie de la joue droite.

» S... entrait dans sa soixante-dix-septième année le jour de l'opération, le 5 mai 1859 ; il se porte très-bien et n'a pas eu de récidive, bien que la tumeur que j'ai enlevée fût elle-même cependant en récidive, ce qui vient une fois de plus prouver l'immense avantage de l'autoplastie. »

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. GIRALDÈS présente un instrument sur lequel il remet la note suivante :

L'appareil que je présente au nom de M. Luër est le complément de celui qui a été présenté dans une des dernières séances. Le premier, on se le rappelle, était constitué par un corps de pompe d'une faible capacité, et son action ne pouvait durer que peu de temps. Le nouvel appareil, au contraire, est constitué de façon à pouvoir fonctionner aussi longtemps qu'il sera nécessaire. Il est formé de deux corps de pompe, communiquant ensemble à leur extrémité au moyen d'un tube décrivant une demi-circonférence, et sur lequel vient s'adapter un autre tube pour la pulvérisation. Dans l'intérieur de ces tubes se trouve un système de soupape propre au jeu de l'appareil. Les pistons, mis en mouvement au moyen de trois pignons, se meuvent en sens inverse, de façon que lorsque l'un de ces pistons recule, l'autre avance et laisse libre une soupape qui permet au liquide d'entrer dans l'appareil.

De la partie antérieure et inférieure de l'appareil se détache de chaque côté un tube, lesquels se réunissent en un seul qui doit être plongé dans un vase rempli de liquide, et qui fait l'office de tube aspirateur. A son point de réunion avec le corps de l'appareil se trouvent deux soupapes se fermant ou s'ouvrant, suivant que le piston recule ou avance. Ainsi, par un mouvement de la manivelle, un des pistons recule et ouvre la soupape de communication avec le réservoir de liquide, tandis que celui du côté opposé refoule le liquide, ferme toutes les soupapes, et le fait sortir par le tube destiné à la pulvérisation.

Les pistons jouent donc à la manière de ceux d'une machine pneumatique à double cylindre.

COMMUNICATION.

M. DOLBEAU présente une observation et une pièce à l'appui sur un cas de gangrène traumatique, et remet à ce propos la note suivante :

J'ai été appelé aujourd'hui dans le département de Seine-et-Oise

pour y pratiquer la désarticulation de l'épaule gauche. Ce fait est nécessairement incomplet, mais je crois utile de montrer aux membres de la Société les pièces anatomiques qui sont relatives à ce cas très-singulier. Plus tard je compléterai l'observation.

Un cultivateur voulant monter dans sa voiture, manque de tomber par suite des mouvements des chevaux. Il essaye de se maintenir, et c'est à la roue qu'il se cramponne ; la voiture continuant d'avancer, l'individu fut entraîné, le médius fut presque arraché ; enfin, lâchant prise à cause de la douleur vive, le malado fut renversé sur l'épaulo gauche.

Tout ceci se passait vendredi dernier, dans la soirée : un médecin fut appelé, et il constata :

1° Une contusion violente de l'épaule, avec épanchement sanguin considérable ;

2° Une petite plaie non pénétrante au niveau de l'articulation du coude, vers sa partie interne ; la peau seule avait été intéressée ;

3° Une fracture de la première phalange du médius, avec plaie contuse.

Le malade se plaignait peu. On se contenta d'appliquer des résolutifs sur tout le membre. On avait, du reste, constaté qu'il n'y avait pas de luxation, soit à l'épaule, soit au coude.

Le lendemain de l'accident, tout le membre était engourdi ; le pouls radial manquait. Déjà les doigts froids et insensibles semblaient menacés de gangrène.

Depuis, les accidents de mortification ont été en augmentant, et ce matin, la gangrène remontait jusque vers l'articulation de l'épaule. Cependant on sentait les battements de l'artère humérale, vers l'insertion du grand pectoral.

La désarticulation a été pratiquée ; elle n'a du reste rien présenté de particulier. Nous avons de suite examiné le membre, et voici ce que nous avons trouvé :

1° Gangrène humide de la main, de l'avant-bras et des deux tiers du bras ;

2° Déchirure du muscle brachial antérieur et de la partie interne du ligament antérieur de l'articulation du coude ;

3° Veines et nerfs parfaitement sains ;

4° L'artère présente seule des altérations très-curieuses, surtout quand on considère que l'extension forcée du membre paraît les avoir produites.

L'artère humérale, à 3 centimètres au-dessus de sa bifurcation, a été rompue. La membrane externe seule a été conservée. Il en résulte qu'au niveau de la rupture, l'artère se résume en un cordon

celluleux large d'un demi-millimètre et long de plus de 2 centimètres. Les deux bouts de l'artère ont la forme de deux cônes en rapport par leurs sommets, qui correspondraient au cordon qui les réunit. Le bout supérieur est oblitéré par un caillot assez résistant, adhérent aux parois, d'une largeur de 2 centimètres et demi. Il se termine en pointe, supérieurement. Au-dessous de la lésion artérielle, on trouve un caillot passif qui remplit la fin de l'humérale, sa bifurcation, et qui s'étend à 5 centimètres dans la cubitale.

L'artère radiale est vide.

Les artères de tout le membre sont singulièrement petites. Le calibre de l'humérale dépasse à peine celui d'une grosse artère cubitale.

DISCUSSION.

M. BOINET. M. Dolbeau a-t-il examiné l'état des nerfs?

M. DOLBEAU. Au niveau du coude, le nerf médian était entouré d'un petit caillot sanguin, circulaire, d'un centimètre de longueur environ.

Du reste, les muscles avaient cette coloration violacée et cette odeur fétide propres à la gangrène.

M. HUGUIER. En quel état se trouvaient les ligaments latéraux de l'articulation du coude?

M. DOLBEAU. Ils étaient intacts; le ligament antérieur seul était déchiré, de sorte que par une petite ouverture on voyait les surfaces articulaires.

M. HUGUIER. Il est difficile de comprendre l'existence d'une déchirure du ligament antérieur sans une luxation. Sans doute, cette luxation n'existait plus au moment où le blessé a été observé par les premiers médecins qui l'ont vu ; mais qui nous assure que cette luxation n'a pas existé à un moment donné et n'a pas été réduite pendant les mouvements qui ont dû se produire nécessairement lors de l'accident? Je suis disposé à admettre qu'il y a eu luxation en arrière, déchirure du ligament antérieur et réduction immédiatement après. Comment, sans la luxation, s'expliquerait-on la déchirure des vaisseaux du pli du coude?

M. DOLBEAU. J'avais pensé à un déplacement des os, mais je n'ai pu produire une luxation lorsque j'ai eu fait la dissection.

COMMUNICATION.

M. RICHET fait la communication suivante :

Hernie de l'intestin grêle. — Etranglement au niveau de l'anneau inguinal supérieur. — Dangers du taxis prolongé ou forcé. — Herniotomie. — Mort.

Le nommé P... (René), âgé de quarante-sept ans, est entré salle Saint-Louis le 4 juillet 1862.

Le 2, en se levant, le malade venait de mettre son bandage, lorsqu'il éternua. Il sentit aussitôt sa hernie sortir sous son bandage; il se recoucha immédiatement, mais essaya en vain de la faire rentrer. Après plusieurs tentatives inutiles, il fit appeler le docteur Raynaud, qui ne fut pas plus heureux. Mandé près du malade, à midi, M. Richet fait, en présence des deux docteurs Raynaud, oncle et neveu, et avec leur assistance, de nouvelles tentatives de taxis, après avoir chloroformé le malade.

Après trois quarts d'heure d'essais prolongés, on sent tout à coup l'intestin disparaître. Le doigt, introduit dans l'anneau inguinal externe, aussi loin qu'on pouvait le porter, trouva ce canal parfaitement libre. Le bandage fut réappliqué, et on fut convaincu que la hernie était réduite.

Cette hernie, qui datait de vingt-quatre ans, était parfaitement maintenue par la pression d'un bandage très-énergique, et n'était jusqu'à présent jamais sortie sans pouvoir être immédiatement réduite. C'était la première fois que le malade éprouvait ces difficultés. La hernie ne descendait d'ailleurs qu'à deux ou trois centimètres de l'anneau inguinal externe, avait tout au plus le volume d'un œuf, et appartenait à la variété dite *bubonocèle*.

La journée se passa ainsi que la nuit sans que le malade eût une seule selle. Tout ce qu'il prit fut vomi. Il rendit même par la bouche à plusieurs reprises des matières ayant l'odeur des matières stercorales, et lorsque M. Richet le revit le lendemain à onze heures, la face était grippée, le pouls petit et concentré; le ventre ne présentait d'ailleurs aucune trace de péritonite, car il n'était ni ballonné ni douloureux.

L'exploration de la région inguinale démontra que la hernie était bien réduite. Effectivement, le canal inguinal, dans lequel le doigt pouvait pénétrer jusqu'à une profondeur de deux centimètres, était parfaitement libre, et on n'y rencontrait ni saillie ni tumeur qui pût faire soupçonner une réduction incomplète; quand le malade faisait un effort, rien ne se présentait à l'ouverture. Le bandage d'ailleurs avait

été conservé jusqu'à l'arrivée de M. Richet, qui pensa avoir affaire à une persistance de l'étranglement herniaire, soit que l'intestin eût été réduit en masse avec le sac et que l'étranglement persistât au niveau du collet du sac, soit que l'intestin, dégagé de l'étranglement, ne pût pas laisser rétablir le cours des matières, à cause de cette paralysie momentanée qui frappe quelquefois les portions du tube digestif soumises à une constriction trop énergique, soit enfin que la constriction eût déterminé un rétrécissement réel de l'anse herniée. Un instant M. Richet eut l'idée que la réduction pouvait avoir été incomplète, c'est-à-dire intra-inguinale, et que peut-être l'étranglement persistait à l'anneau supérieur du canal; mais on fut bientôt obligé d'abandonner cette idée, car le canal inguinal, aussi profondément qu'on pouvait l'explorer, était resté parfaitement libre. Or on verra bientôt que c'était précisément à cette cause qu'était due la persistance de l'étranglement, mais avec des particularités impossibles à prévoir et qui n'ont pas encore été signalées, que nous sachions.

On ordonna un grand bain prolongé, des cataplasmes sur la région inguinale avec frictions d'onguent napolitain belladoné, et la suppression du bandage; on avait ainsi l'espoir de voir reparaître la tumeur dans le canal inguinal.

En même temps les contractions intestinales furent sollicitées par une légère purgation administrée par la bouche d'une part, et par un lavement de tabac d'autre part; puis on transporta le malade à l'hôpital, et voici ce qu'on constata le lendemain à la visite :

Le 4, à neuf heures du matin, non-seulement le malade n'avait pas été à la garde-robe, mais encore il avait continué à vomir des matières ayant bien plus encore que la veille l'odeur de matières fécales. Le pouls est petit, filiforme et très-rapide. La face est grippée, d'une teinte violacée, ainsi que les extrémités; la peau est couverte d'une sueur froide et visqueuse. Le ventre n'est d'ailleurs nullement douloureux ni ballonné; il est plutôt aplati, et l'expression générale du malade est celle d'un homme atteint d'un accès de *colique de miserere* ou d'un accès cholériforme. L'exploration de la région inguinale fait constater la présence d'une tumeur qui s'avance jusqu'à l'orifice inférieur du canal inguinal, mais sans s'y engager cependant. Cette tumeur, molle, élastique, est bien évidemment une hernie, et dès lors il n'y avait plus à hésiter, et malgré la gravité des symptômes généraux, on dut procéder à la *herniotomie*.

Cette opération ne présenta rien de particulier; on rencontra l'intestin après avoir incisé le sac, et il paraît que l'anse herniée était frappée de gangrène. Le doigt, introduit jusqu'au collet du sac, trouva, très-profondément situé, un étranglement très-serré, dans

lequel pouvait à peine s'engager l'ongle du doigt indicateur. Le débridement se fit en haut et en dehors avec un bistouri boutonné; l'intestin fut légèrement attiré en dehors pour le visiter au niveau de la constriction, et ayant acquis la conviction que la gangrène était complète, M. Richet retrancha l'anse intestinale, et établit ainsi un anus contre nature.

Le malade succomba quelques heures après l'opération.

L'autopsie, faite quarante-cinq heures après le décès, révéla ce qui suit :

L'anse intestinale herniée appartenait à l'intestin grêle ; tout le calibre de l'intestin y était compris. Le débridement avait porté tout à la fois sur le collet du sac et sur l'anneau inguinal supérieur. Il fut facile de s'assurer, puisque l'intestin n'avait pas été réduit après l'opération, mais avait été au contraire fixé au pourtour de la plaie extérieure par des points de suture, que c'était bien au niveau de cet anneau que s'était fait et avait persisté l'étranglement. La paroi abdominale profonde, celle qui est formée par le *fascia transversalis* d'Ast. Cooper, et à travers laquelle passe le cordon pour arriver dans le canal inguinal, était flottante dans l'abdomen et séparée des muscles de la paroi abdominale par une couche gélatiniforme de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur ; elle se trouvait donc ainsi décollée de cette paroi et rejetée du côté de la cavité abdominale.

Lorsqu'on attirait du côté du mésentère l'anse intestinale engagée par l'anneau inguinal supérieur, on voyait cette paroi se décoller et se bomber du côté de la cavité abdominale, et il ne restait plus rien alors dans le trajet inguinal ; lorsque, au contraire, on reprenait par la plaie faite à la paroi abdominale les débris du sac et de l'intestin, on ramenait dans le canal inguinal tout à la fois l'anse intestinale et l'anneau inguinal supérieur.

Il résulte de cette description que pendant les efforts de taxis l'intestin, après avoir franchi l'anneau inguinal externe ou inférieur, puis le trajet inguinal, n'avait pu repasser par l'anneau inguinal supérieur là où siégeait l'étranglement, et qu'alors la pression sous l'influence de laquelle l'intestin avait ainsi retraversé le canal, avait été assez puissante pour décoller la paroi postérieure, autrement dit le *fascia transversalis*.

Ainsi on comprend comment le doigt porté dans le canal après la réduction n'avait rencontré aucune saillie, puisque l'intestin était en réalité rentré dans l'abdomen avec le *fascia transversalis* décollé, devenu flottant et attiré vers la cavité abdominale par les tractions du mésentère. Cela était d'autant plus difficile à reconnaître pendant la vie que la hernie était petite, qu'il n'y avait aucune trace de li-

quide dans le sac, et que l'anse intestinale en totalité ne représentait pas un volume plus considérable que celui d'une noix.

C'est donc là un nouvel exemple à ajouter à ceux déjà publiés qui démontrent tous les dangers du taxis dit *prolongé* ou *forcé*. Pour mon compte, ajoute M. Richet, ce n'est pas la première fois que j'ai eu l'occasion de signaler les redoutables périls de cette pratique aveugle, et j'ai vu, il y a deux ans environ, dans le service de M. Denonvilliers, les pièces pathologiques d'un individu mort également à la suite d'une réduction en masse du collet du sac et de l'intestin hernié ; l'étranglement avait persisté au niveau du collet du sac.

Ce malade était venu de la ville avec sa hernie réduite ; en l'absence de mon collègue, on vint me chercher. Je pratiquai l'opération de la hernie, espérant pouvoir attirer l'anse intestinale réduite ; je ne pus y parvenir, et l'autopsie démontra qu'elle avait été violemment rejetée au milieu de la cavité abdominale, fort loin de l'anneau par lequel elle était sortie.

C'est là une question qui mérite d'attirer toute l'attention de la Société, et si, comme je n'en doute pas, mes collègues ont des faits analogues à présenter, je les sollicite de le faire ; ils serviront un jour à élucider cette grande et importante question de chirurgie, qui ne peut être éclairée que par des faits.

DISCUSSION.

M. HUGUIER. Lors même que la hernie est découverte, le temps le plus difficile c'est la réduction de l'intestin ou de l'épiploon. Il faut quelquefois plus d'un quart d'heure pour obtenir ce résultat. Cette réduction doit être, à plus forte raison, bien plus difficile quand la partie herniée est encore enveloppée de toutes ses couches depuis la peau jusqu'au sac. Je crois donc qu'il ne faut pas trop insister sur le taxis forcé.

J'ai vu à Beaujon un cas dans lequel on avait voulu réduire avec violence, et la mort s'en est suivie, parce qu'on a réduit en masse. Un des inconvénients les plus sérieux du taxis forcé, c'est l'existence des adhérences soit entre la masse herniée et les enveloppes, soit entre l'épiploon et l'intestin. Vous avez beau réduire quand ces conditions existent, vous n'aurez pas détruit ces adhérences, qui souvent sont la cause des accidents éprouvés par le malade.

M. DEMARQUAY. Je pense, comme M. Huguier, qu'il faut être très-réservé dans l'emploi du taxis forcé. Dans deux circonstances récentes, j'ai vu tous les inconvénients de cette méthode. Dans un premier cas, la réduction fût obtenue, mais l'étranglement continua : je

dus recourir à l'entérotomie, avec le concours de M. Nélaton, et le malade est mort.

Dans le second cas, le malade affecté de hernie réduisit lui-même; mais les accidents persistèrent, et il vint succomber à la Maison de santé.

Dans un troisième cas, une femme avait une hernie crurale; on avait essayé le taxis forcé sans résultat; je l'opérai dans ces conditions, et je trouvai l'intestin meurtri, l'épiploon écrasé; cependant la malade a fini par guérir.

M. VERNEUIL. Déjà, il y a deux ans, cette question a été débattue dans le sein de la Société, et je m'étais élevé contre le taxis forcé. Quelque temps après cette discussion, j'ai observé un cas qui a été consigné dans la thèse de M. Coulon.

Il s'agissait d'une hernie crurale étranglée depuis dix-huit heures. A dix heures du soir, j'examinais cette hernie avec un confrère qui voulut essayer la réduction et qui réussit. Mais au bout d'un temps assez court, nous vîmes apparaître les accidents d'un phlegmon stercoral, puis il survint un abcès à l'aine. L'un des deux bouts de l'intestin s'étant rétracté, il y eut épanchement de matières fécales dans le péritoine et la mort survint promptement. Il faut donc se défier du taxis forcé. Je ne conteste pas que cette méthode n'ait fourni quelques beaux résultats; mais par combien de revers ces résultats n'ont-ils pas été achetés!

M. GUERSANT. J'ai observé deux cas graves à la suite du taxis forcé. Il est vrai que le taxis avait été fait tardivement. Quoi qu'il en soit, dans les deux cas la réduction fut obtenue, mais les accidents persistèrent et la mort survint. L'autopsie révéla une rupture de l'anse intestinale. Je suis donc opposé au taxis forcé pratiqué tardivement.

M. DEMARQUAY. Je ne veux pas contredire les opinions émises par M. Gosselin dans son mémoire sur les avantages du taxis forcé. Je voudrais que notre collègue fût présent pour défendre ses opinions, et c'est pour cela que je verrais avec plaisir que cette question fût mise à l'ordre du jour.

COMMUNICATION.

M. TRELAT. J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas d'*oblitération rectale*, et comme la Société s'est plusieurs fois occupée de cet important sujet, je crois utile de lui communiquer le fait que je me propose de reprendre plus tard dans un rapport dont je suis chargé.

Le 7 décembre dernier, j'ai été appelé près d'un enfant du sexe masculin, né depuis trente-six heures. L'enfant avait uriné à plusieurs

reprises, mais il n'avait pas eu de selles, et témoignait par ses cris et son apparence grippée, d'un état de souffrance persistant. Il avait rejeté le lait coupé qu'on lui avait fait prendre, et en même temps quelques mucosités légèrement teintes en vert, mais ce vomissement avait été peu considérable. Le ventre, convexe et tendu, offrait dans toutes ses parties, sans aucune exception, une sonorité tympanique, et le palper ni la percussion ne laissaient constater une anse intestinale remplie de méconium ; tout était élastique et sonore.

L'anus était régulièrement conformé, contractile et perméable ; mais à 1 centimètre de son orifice, on constatait l'existence d'un obstacle infranchissable, et en aucun moment, soit en provoquant les efforts de l'enfant, soit en pressant sur le ventre, on ne percevait aucune fluctuation qui indiquât la proximité du bout supérieur du rectum. La vessie était vide, ainsi que le démontrait le cathétérisme; et l'examen des linges mouillés par l'urine et du bout de la sonde prouvait qu'aucune parcelle de méconium n'avait trouvé issue vers ce réservoir.

Il était donc indiqué de donner issue aux matières fécales. D'accord avec mes deux honorables confrères, MM. Marchal (de Calvi) et Millard, je résolus de rechercher l'intestin par le périnée, en suivant le trajet normal du rectum. Nous espérions le rencontrer à une faible distance, l'attirer et le fixer à l'extérieur.

Un cathéter presque droit fut introduit dans la vessie, le pavillon fortement abaissé, pour éloigner autant que possible le bas-fond de cette poche de la courbure sacrée. J'incisai les parties molles d'avant en arrière depuis un centimètre en avant de l'anus jusqu'au coccyx, puis je pénétrai lentement vers la profondeur, me guidant toujours sur la sonde vésicale et la courbure du sacrum. Bientôt la première phalange de mon index disparaissait dans la plaie sans constater le voisinage de l'intestin. Cependant, en haut, vers la vessie, on sentait un cordon dur et mince que je m'attachai à suivre en le ménageant ; il me conduisit en effet sur une surface élargie distincte de la vessie, tendue quoique molle, qui nous parut être l'intestin. A ce point de l'opération, la plaie avait une profondeur égale aux deux premières phalanges de mon index, c'est-à-dire au moins 45 millimètres. J'essayai alors de faire descendre et de détacher cette masse tendue, mais je n'y pus nullement réussir ; libre en arrière du côté du sacrum, elle était extrêmement adhérente en avant à la vessie, et je ne pouvais songer, au fond d'une plaie obscure et étroite, à séparer par la dissection les deux organes.

Il fallait cependant terminer cette laborieuse recherche. Un trocart explorateur, enfoncé avec précaution le long de mon doigt dans la

tumeur profonde, laissa écouler une goutte de méconium. Dès lors, assuré d'avoir trouvé l'intestin et la terminaison de l'intestin (à cause de l'adhérenco à la vessie), je n'hésitai pas à l'ouvrir d'un coup de ciseaux, dans une étendue qui permettait l'introduction du petit doigt. Il y eut aussitôt une abondante évacuation de gaz et de méconium, et l'enfant poussa des cris plus énergiques, indiquant un notable soulagement. En même temps, la paroi abdominale cessait d'être tendue et les mouvements respiratoires devenaient plus libres.

Une mèche de charpie de la grosseur du petit doigt fut introduite jusque dans l'intestin dès que toute issue de méconium eut cessé, et l'enfant fut remis à sa nourrice. Il était une heure du jour. — Le soir, à sept heures, la mèche enlevée, nouvelle et large évacuation. L'enfant a teté à plusieurs reprises et n'a pas vomi ; il a dormi dans l'intervalle des tétées.

Vers neuf heures du soir, un vomissement ; quelques cris affaiblis. L'enfant succombe huit heures après l'opération et cinquante heures après sa naissance.

En récapitulant les points saillants de cette courte observation, je trouve qu'après beaucoup de difficulté, au prix de délabrements étendus et inévitables, je suis arrivé au terme de l'opération, issue du méconium par l'ouverture du bout supérieur de l'intestin ; que cette opération, si l'enfant eût vécu, n'assurait pas la persistance d'une ouverture suffisantc ; qu'en dernier terme, elle a été ou nuisible ou au moins inefficace, puisque la mort est survenue au bout d'un petit nombre d'heures.

Evoquant le souvenir de faits analogues cités dans le courant de cette année par MM. Huguier et Chaillou, par M. Marjolin, faits suivis du même insuccès, j'arrive à cette conclusion que, si je me trouvais de nouveau en présence d'un cas semblable à celui que je viens de rapporter, je n'hésiterais pas à faire immédiatement l'opération par la méthode de Littre.

Cette conclusion peut paraître excessive en face des nombreux succès de la méthode périnéale ; mais je ne crains pas d'avancer que l'on confond trop souvent, au point de vue des indications curatives, les oblitérations anales et les oblitérations rectales.

Les insuccès sont la règle générale, on pourrait presque dire la règle absolue, dans ces dernières. C'est qu'en effet il est impossible de savoir jusqu'où remonte l'oblitération, à quel point on rencontrera le bout de l'intestin, et comme le plus souvent il faut pour y arriver traverser une couche de parties molles considérable, la meilleure chance que l'on puisse courir, c'est de faire une opération insuffisante.

Bien qu'il ne m'ait pas été permis de faire l'autopsie de mon petit opéré, les divers temps de l'opération, conduits avec la lenteur et la prudence nécessaires, me mettent en mesure d'affirmer qu'ici, comme dans de nombreux cas dont j'ai eu connaissance, l'intestin, soudé avec la face postéro-inférieure de la vessie, se terminait au voisinage de l'angle sacré ou de la symphyse sacro-iliaque.

L'étude tératologique est ici parfaitement d'accord avec les données de l'observation. Elle montre que les malformations de l'anus et les malformations du rectum ne reconnaissent pas le même mécanisme, ou, mieux, que l'établissement définitif de l'ouverture anale et l'abouchement du rectum dans cette ouverture, constituent deux temps différents et distincts de l'évolution fœtale.

Or, tandis que les imperforations de l'anus sont en général bornées à cette seule région, celles du rectum peuvent occuper toute la hauteur de cet intestin, dont le développement est lié à celui de la vessie.

Je m'en tiendrai à ces courtes réflexions, bien convaincu qu'on ne saurait trancher avec un seul fait ces questions difficiles et litigieuses, et me proposant, ainsi que je l'ai dit, de les reprendre dans un travail plus étendu.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. A la suite de ces opérations, la guérison est excessivement rare, et quand elle arrive on se demande encore s'il n'aurait pas mieux valu ne rien faire. J'ai vu dans mon cabinet un malade qui avait été opéré par Gerdy, il y a vingt-quatre ans, par la méthode périnéale. Cet opéré n'a pu être conservé à la vie que par des soins maternels longtemps continués, et cependant il est resté chétif; il conserve une incontinence des matières qui lui rend la vie insupportable. J'ai été consulté pour lui indiquer un appareil, parce que tout ce qu'il a employé jusqu'à ce jour est impuissant à le préserver.

Je crois que la méthode de Littre est bien préférable, mais je rejette la méthode de Callisen ou d'Amussat comme plus mauvaise encore que la méthode périnéale.

M. DOLBEAU. Ce qui m'a frappé dans la communication de M. Trélat, c'est la difficulté qu'il a eue à trouver le bout intestinal et à le faire descendre. Dans un cas analogue, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai rencontré les mêmes difficultés. L'enfant avait été apporté à l'hôpital dans la journée; l'interne de garde fit d'abord une première ponction avec le trocart, et il ne trouva rien. Dans une seconde ponction, il

donna issue à une grande quantité de méconium ; mais n'ayant pu placer la canule, il laissa le petit enfant tranquille.

Je fis l'opération par la méthode périnéale ; je parvins enfin à trouver l'extrémité terminale de l'intestin, mais je ne pus la faire descendre. L'enfant mourut quelques instants après. En raison de toutes ces difficultés, je pense, avec M. Trélat, que l'opération de l'anus artificiel doit être faite de préférence dans la fosse iliaque.

M. DEPAUL. Je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Trélat. Il faut établir des distinctions. Tout le monde sait qu'il y a des imperforations anales et des oblitérations rectales ou intestinales. M. Trélat fait un reproche vague en disant que la majorité des chirurgiens confond ces deux vices de conformation. Dans le cas relaté par M. Trélat, la dissection, dit-on, a été longue, il a fallu pénétrer très-profondément ; mais je voudrais que l'on nous donnât des mesures rigoureuses et que l'on nous montrât des pièces anatomiques. Certainement il existe des imperforations avec absence du rectum remplacé par un cordon fibreux imperméable. Dans ces cas je suis bien d'avis que l'on rejette la méthode périnéale. Mais quand on sent la fluctuation par le périnée, vouloir exclure cette méthode, c'est aller trop loin. La méthode de Littre, que l'on vante tant, n'offre que des succès très-rares ; je n'en ai pas constaté depuis vingt ans que j'en cherche, tandis qu'avec la méthode périnéale j'ai obtenu quelques bons résultats.

Je rejette évidemment cette méthode dans les cas d'oblitération de l'intestin à une hauteur plus ou moins considérable. Dans les cas ordinaires, où l'on trouve une cloison plus ou moins épaisse, la ponction périnéale reste la meilleure méthode, et je maintiens mon opinion que la méthode de Littre est mauvaise.

M. BLOT. Relativement au cas mentionné par M. Demarquay, je dois dire qu'il est exceptionnel. J'ai fait des recherches pour établir l'existence ou l'absence du sphincter dans les imperforations anales ou même rectales. Or j'ai presque toujours constaté la présence de ce muscle, de sorte que l'incontinence des matières fécales n'est pas à redouter dans l'immense majorité des cas.

M. VERNEUIL. Je suis de l'avis de M. Depaul. Ainsi, dans un cas d'anus normal avec cul-de-sac plus ou moins haut, quel est le chirurgien qui se déciderait d'emblée pour la méthode de Littre ? Evidemment ici la méthode périnéale est préférable, et il en sera ainsi toutes les fois que le doigt permettra de constater la fluctuation.

M. MARJOLIN. Je reconnais que la méthode périnéale offre des difficultés, des dangers et des inconvénients, surtout quand il faut traverser une couche épaisse ; mais c'est aller trop loin que de dire

que la méthode de Littre est préférable. M. Demarquay dit qu'il y a des difficultés pour retenir les matières fécales ; il l'a constaté chez l'opéré de Gerdy. Mais les difficultés seraient bien plus grandes pour un anus établi dans une des fosses iliaques. Sous ce rapport, entre les deux méthodes il y a une immense différence.

M. GUERSANT. Je me bornerai à dire que je suis de l'avis de M. Marjolin. Il faut tout faire pour obtenir une ouverture périnéale. Les incommodités d'un anus iliaque sont bien plus grandes que celles d'un anus périnéal.

M. FORGET. Je voudrais savoir s'il est possible de porter un diagnostic précis avant toute opération. S'il n'en est point ainsi, je pense qu'on ne doit pas accepter l'opinion de M. Trélat.

M. TRELAT. Il n'y a pas de dissidence entre MM. Marjolin, Guersant, Verneuil et moi. Quant à M. Demarquay, il ne m'a pas compris, et notre collègue nous fournit la preuve que l'on confond les oblitérations rectales et les imperforations anales. Ce que M. Demarquay a dit ne se rapporte donc pas à ce que je traite.

Je reconnais qu'il ne faut avoir recours à la méthode de Littre que dans des cas déterminés. Dans le cas de M. Verneuil, je ferais la ponction périnéale ; mais s'il y a imperforation du rectum, il reste une inconnue, et alors la méthode de Littre doit être employée. M. Marjolin, dans un cas qu'il a rapporté, nous donne la preuve de ce que j'avance. Il a d'abord essayé la méthode périnéale, et, en définitive, il a eu recours à la méthode de Littre.

Le secrétaire annuel, B. BÉRAUD.

Séance du 24 décembre 1862.

Présidence de M. MOREL-LAVALLÉE.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

CORRESPONDANCE.

Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat en 1861-1862, par M. le docteur Charles Laronde, secrétaire.

— Francesco Cortese. *Guido teorico-pratico del medico militare in campana.* Turin, 1862, in-8°.

— *A descriptive Catalogue of the Anatomical Museum of Saint-Bartholomew's Hospital.* Londres, 1846-1852. Trois volumes in-8°.

— M. le docteur Viard, de Montbard, déjà candidat au titre de membre correspondant national, adresse un mémoire manuscrit renfermant la description d'un nouveau procédé de staphyloraphie. (Commissaires, MM. Giraldès, Verneuil, Follin.)

— M. le docteur Mailliart, de Verzenay, consulte la Société sur un cas de dystocie qui s'est présenté dans sa pratique. (Commissaire, M. Laborie.)

— M. Arrault fait présenter à la Société plusieurs modèles d'attelles brisées.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. FOUCHER présente un malade à propos duquel il remet la note suivante :

Je viens montrer à la Société, au nom de M. Leroy, médecin à Villiers, un malade affecté d'une tumeur considérable du genou droit.

Cette tumeur a débuté il y a dix ans sans cause connue, à moins qu'on n'en rapporte l'origine à un coup que le malade avait reçu sur la jambe quelque temps auparavant.

Elle se présente aujourd'hui sous la forme de trois tumeurs superposées de haut en bas.

La tumeur supérieure recouvre la rotule; elle est arrondie, du volume d'une petite tête de fœtus, sans changement de couleur à la peau, qui est amincie en certains points, fluctuante.

La deuxième tumeur, située au-dessous, et séparée de la précédente par une rainure profonde, est un peu moins volumineuse. Elle offre les mêmes caractères, et il est facile de s'assurer par la pression alternative de ces deux tumeurs que le liquide passe de l'une à l'autre ; de plus, en les comprimant avec une certaine énergie, on sent qu'elles contiennent quelques noyaux solides, assez durs.

La troisième tumeur, accolée à la précédente, est située au-devant du tibia et des muscles antérieurs de la jambe. Il y a quatre jours, cette tumeur était assez dure, douloureuse. Aujourd'hui elle est plus franchement fluctuante, ne semble pas communiquer avec les précédentes, et n'est apparue que depuis six semaines.

Le malade ne souffre pas, et a pu hier encore faire dix lieues à pied.

M. Foucher pense, comme M. Leroy, que les deux tumeurs supérieures sont un hygroma d'un volume et d'une forme exceptionnels. Le diagnostic n'est pas aussi évident pour la tumeur inférieure; cependant les caractères qu'elle a pris dans les derniers jours permettent de croire qu'elle est de la même nature que les autres.

M. Foucher pense qu'il serait imprudent de tenter ici une opération

de quelque gravité. Il se bornerait à donner le conseil de ponctionner les tumeurs, et de faire ensuite la compression.

DISCUSSION.

M. DOLBEAU. Quelles sont les intentions de M. Foucher relativement au traitement ?

M. FOUCHER. Je suis dans l'embarras, et c'est précisément à cause de cela que j'ai voulu consulter la Société. Au premier abord, j'ai pensé à une ponction exploratrice, et si je ne l'ai point faite, c'est que je tenais à ne modifier en rien la forme de cette affection. Actuellement, le malade ayant été examiné, je ferai une ponction, je viderai les poches, et j'exercerai ensuite une compression méthodique pour rapprocher les parois.

M. CHASSAIGNAC. Ce qu'il y a de mieux à faire ici, c'est de vider les foyers et de pratiquer ensuite une injection iodée pour éviter une suppuration, qui deviendrait fatalement grave à cause de son étendue. Il s'agit de savoir si une seule ponction suffira pour vider les trois poches. Je pense que les deux plus hautes seront vidées par la même ponction. Quant à la poche inférieure, elle devra être ponctionnée à part.

C'est là un hygroma arrivé à son summum d'expression. Il offre des parois inégales, minces dans certains points, dures dans d'autres, et c'est précisément ce qui en détermine la gravité, parce que le travail inflammatoire peut, par les points amincis, se propager au tissu cellulaire ambiant. Dans la crainte de cette suppuration diffuse, j'ai dû renoncer au drainage dans le traitement des hygromas, et me contenter de l'injection iodée.

COMMUNICATION.

M. RICHET lit un rapport sur une observation de M. Duboué (de Pau), relative à un cas d'*ophthalmie plastique*.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° Renvoi du travail de M. Duboué au comité de publication.

2° Inscription du nom de l'auteur sur la liste des membres correspondants.

Sur la proposition du Président, le rapport de M. Richet est renvoyé au comité de publication.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

Sur l'invitation du Président, la Société procède, d'après le règlement, à l'élection des membres du bureau pour l'année 1863.

Election du président : 31 votants.

M. Depaul a obtenu 26 voix.
M. Richet — 2 —
3 billets blancs.

En conséquence, M. le président déclare que M. Depaul est nommé président pour l'année 1863.

Election du vice-président : 31 votants.

M. Richet a obtenu 18 voix.
M. Broca — 12 —
M. Demarquay 1 —

M. Richet est proclamé vice-président pour l'année 1863.

Après ce vote, M. Larrey exprime toutes ses sympathies pour M. Broca, qui, ayant rempli les fonctions de secrétaire général avec un zèle et un dévouement sans bornes, a bien mérité de la Société.

La Société tout entière s'associe aux sentiments exprimés par M. Larrey.

Election du secrétaire général : 31 votants.

M. Jarjavay obtient 21 voix.
M. Laborie — 5 —
M. Legouest — 2 —
M. Marjolin — 2 —

M. Jarjavay est proclamé secrétaire général pour cinq ans.

Election des deux secrétaires annuels : 31 votants.

M. Foucher obtient 30 voix.
M. Trélat — 21 —
M. Dolbeau — 9 —
M. Blot — 1 —

En conséquence, M. le président proclame MM. Foucher et Trélat secrétaires annuels pour l'année 1863.

Comité secret.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les candidats au titre de membres associés et étrangers.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance du 31 décembre 1862.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

COMMUNICATION.

M. GUBLER communique à la Société la note suivante :

M. Demarquay communiquait dernièrement à la Société de chirurgie un fait curieux de collection liquide, d'apparence laiteuse, du genre de celles qu'on désigne depuis quelques années sous le nom de *galactocèles*. S'appuyant sur une analyse chimique exécutée par M. Leconte, dont tout le monde connait l'exactitude en matière de recherches, il remarquait judicieusement que cette dénomination était propre à induire en erreur sur la véritable nature du liquide renfermé dans ces sortes de tumeurs.

Cette même critique a été faite dès 1854 par M. Gubler, à propos d'un cas de dilatation variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme recueilli par M. le docteur Camille Desjardins. Dans un travail basé sur les analyses de Quevenne, notre collègue de l'hôpital Beaujon discute la valeur des caractères constatés dans le liquide des prétendus galactocèles, et fait voir qu'ils n'offrent qu'une trompeuse similitude avec ceux du lait proprement dit. Il démontre, au contraire, leur identité avec ceux de la lymphe, et conclut finalement à la nécessité d'assigner aux collections formées par un liquide opalin et plus ou moins laiteux, la dénomination de *lymphatocèles*.

Voici d'ailleurs comment s'exprime M. Gubler dans son mémoire publié par la *Gazette médicale de Paris* (1854) :

« En présence d'une si parfaite analogie, dit-il, la distinction paraît bien difficile à établir entre les deux liquides (sérum de la lymphe et lait), lorsqu'on n'agit que sur de petites quantités. Aussi pensons-nous que la dénomination de galactocèles, imposée à des collections d'un liquide lactescent dans certaines cavités normales ou accidentelles, n'est pas suffisamment justifiée.

» Quand on avait constaté dans ces liquides plus ou moins opaques de la matière grasse émulsionnée, plus une substance albuminoïde précipitant seulement par la chaleur aidée d'un acide et une matière réduisant l'oxyde de cuivre, on croyait avoir affaire à du lait. Cependant ces caractères conviennent également au sérum de la

lymphe, et comme celle-ci se trouve normalement dans toutes les régions du corps, tandis que le lait ne se rencontre que dans un seul organe, il est beaucoup plus naturel de supposer que c'est de la lymphe épanchée qui constitue les collections dont il s'agit. Telle était probablement la nature des deux tumeurs scrotales décrites d'abord par Lœvig (1), puis par Vidal (de Cassis), lesquelles seraient par conséquent mieux désignées sous le nom de *lymphatocèles*.

» Pour établir sans réplique qu'une tumeur morbide, placée à une grande distance des mamelles et sans communication appréciable avec ces glandes, renferme du lait proprement dit, il faudrait qu'on se fût assuré particulièrement que la matière grasse à laquelle elle doit son opacité est réellement du beurre, que la matière réduisant l'oxyde de cuivre est bien du sucre de lait, et que la substance albuminoïde est du véritable caséum accompagné de sa proportion normale de phosphates terreux.

» Or M. Grassi, qui a fait l'analyse du liquide laiteux retiré des bourses par M. Vidal, note précisément que ce liquide ne renfermait pas de phosphate de chaux, ce qui éloigne l'idée qu'on avait réellement affaire à du caséum. »

M. Gubler ajoute que d'autres faits analogues, tels que celui d'un *écoulement de lait de la cuisse d'une femme*, publié par MM. Zamini (de Savone) et Cannobio (de Gênes) sont passibles des mêmes objections.

La Société remarquera que les arguments invoqués par M. Gubler sont précisément ceux dont MM. Demarquay et Leconte se sont servis pour combattre la croyance générale à la réalité des kystes laiteux. Cette concordance entre des observateurs qui, travaillant à neuf ans de distance, semblent ne s'être respectivement inspirés que de leurs propres recherches, est une garantie de vérité de l'opinion qu'ils défendent, et méritait à ce titre de vous être signalée.

M. Gubler fait hommage à la Société du travail qu'il a publié sur le même sujet.

LECTURE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'observation suivante, envoyée par M. Fleury (de Clermont) :

Paralysie de la deuxième et de la troisième paire consécutive à une lésion de la cinquième paire survenue à la suite d'une chute sur la tête.

Un cultivateur des environs de Clermont, âgé de vingt-quatre ans,

(1) Cité par Henle, *Encyclop. anat.*, t. VI, p. 45.

doué d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une brillante santé, est renversé le 9 juillet dernier, et tombe assez violemment du haut de sa voiture dans un fossé.

Plus occupé de l'état de sa femme que du sien, il se relève immédiatement pour la secourir; mais dès qu'elle est à l'abri de tout danger, il s'aperçoit qu'il lui est impossible d'ouvrir l'œil gauche. Comme la tempe de ce côté avait frappé le sol, il en était résulté une contusion assez violente et une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire lamelleux des paupières. Le blessé ne s'en préoccupa nullement, et se borna à faire quelques lotions d'eau froide, puis se rendit à pied à l'habitation la plus voisine située à environ 100 mètres du lieu où lui était arrivé l'accident.

Rentré chez lui, il fit appeler un médecin, qui l'assura qu'au bout de peu de temps les paupières et l'œil reprendraient leurs fonctions.

Dix jours se passent; le gonflement avait presque entièrement disparu, mais les paupières ne s'ouvraient pas mieux pour cela; il chercha à les entr'ouvrir avec ses doigts; quel ne fut pas son étonnement lorsqu'il s'aperçut qu'il ne distinguait pas mieux les objets que le jour de son accident ! Il attendit quelques jours encore, dans l'espérance de voir sa position s'améliorer; mais lorsqu'il vit que son état ne changeait pas, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 26 juillet.

Les paupières de l'œil gauche, sans être gonflées, présentent encore les traces d'une ecchymose; elles recouvrent complétement le globe oculaire; en les entr'ouvrant, il est facile de reconnaître la cause de leur occlusion. La pupille est largement dilatée; l'œil est porté en dehors et ne peut exécuter aucun mouvement de rotation. Le malade prétend qu'il ne distingue aucun objet. La troisième et la seconde paire sont évidemment paralysées; le malade accuse en outre un léger engourdissement à la peau de la lèvre supérieure du même côté; mais cette sensation est trop légère pour qu'elle ait une grande signification.

A quelle cause pouvons-nous attribuer cette paralysie?

Le malade est tombé, nous dit-il, sur la tempe gauche; il s'est relevé de suite, et a fait un long trajet pour rentrer chez lui; il n'y a donc eu aucun symptôme de commotion cérébrale. Les suites de cette chute ont été trop légères pour qu'on pût supposer l'existence d'une fracture de l'orbite ou même la présence d'un épanchement de sang qui aurait comprimé les nerfs de la deuxième et de la troisième paire. Serait-ce la lésion de la cinquième qui, par l'intermédiaire du filet nerveux que le rameau nasal de l'ophthalmique de Willis en-

voie au ganglion ophthalmique, réagirait par l'intermédiaire du rameau du moteur commun sur le tronc de ce nerf lui-même?

Si l'on admet qu'une lésion de la cinquième paire peut être la cause d'une amaurose même sans une déchirure des téguments, comme l'a avancé M. Vidal, on peut *à fortiori* expliquer par les anastomoses nerveuses la paralysie de la troisième, avec laquelle le ganglion ophthalmique la met en communication.

M. Marchal (de Calvi), dans un mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine et qui a été inséré dans les *Archives* de 1846, a rattaché cette paralysie à une lésion du nerf trifacial.

Dans les quatre observations qu'il a insérées dans son mémoire, il a cherché à établir que la paralysie de la troisième paire a succédé à une névralgie de la cinquième; on peut, il est vrai, lui objecter que la cause qui a exercé son action sur le trijumeau a bien pu aussi agir sur le moteur commun, et que le rhumatisme en a été le principe. Dans une cinquième observation, il y a bien, comme dans le fait actuel, une lésion traumatique, mais ce ne serait que plusieurs mois après que des douleurs se seraient manifestées; c'est donc encore la névralgie qui a précédé la paralysie.

Chez mon malade, le fait est plus concluant. De deux choses l'une, en effet, ou une compression assez forte a été exercée sur les nerfs optique et moteur commun pour les priver de leurs fonctions, ou c'est une lésion du filet nerveux de la cinquième paire qui a réagi sur ceux de la deuxième et de la troisième paire. La première hypothèse est difficilement admissible, il faudrait donc adopter la seconde.

Cette explication a bien quelque chose qui choque un peu les notions anatomiques et physiologiques : je la soumets à la Société de chirurgie, afin de connaître l'opinion de ses membres.

Quant au blessé, ennuyé de rester à l'hôpital, il n'y a passé que cinq ou six jours. Deux vésicatoires appliqués à la tempe n'avaient pas amélioré sa position; je lui ai conseillé de les continuer chez lui en les pansant avec du cérat additionné de strychnine. Il me sera facile d'avoir de ses nouvelles, et si quelque incident se produisait, je m'empresserais d'en rendre compte à la Société.

COMMUNICATION.

M. Oré, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux, candidat au titre de membre correspondant, lit, à l'appui de sa candidature, les conclusions d'un travail considérable renfermant des recherches nouvelles sur l'*introduction de l'air et de divers gaz dans les veines*.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Broca et Dolbeau.

ÉLECTIONS.

Sur la proposition de M. Giraldès et de M. le président, la Société nomme par acclamation et à l'unanimité M. Broca secrétaire général honoraire.

Comité de publication : 26 votants.

Au premier tour de scrutin, les voix sont réparties de la manière suivante :

M. Follin obtient. . .	23 voix.	M. Verneuil.	3 voix.
M. Guérin.	19	M. Laborie.	2
M. Jarjavay.	13	M. Houël.	1
M. Broca.	11	M. Depaul.	1
M. Debout.	4	M. Foucher.	1

MM. Follin et Guérin ont seuls obtenu la majorité des suffrages ; on procède à un second tour de scrutin pour compléter la commission :

M. Broca obtient. . . .	20 voix.
M. Jarjavay.	1
M. Debout.	1

La commission du comité de publication est composée de MM. Follin, Guérin et Broca.

Commission des congés.

Cette commission, composée de MM. Bouvier, Legouest, Boinet, est réélue par acclamation pour l'année 1863.

Membres associés étrangers.

Nombre des votants, 27. — Majorité, 14.

Au premier tour de scrutin les voix sont réparties de la manière suivante :

M. Heyfelder obtient. .	27 voix.	M. Rokitanski. . . .	27 voix.
M. Kilian.	27	M. Wleminck. . . .	20
M. Pirogoff.	27	M. Spérino.	2

MM. Mac Leod, Bertall, Zanetti, chacun 1.

En conséquence, MM. Heyfelder, Kilian, Pirogoff, Rokitanski et Wleminck, sont proclamés membres associés étrangers.

Membres correspondants étrangers.

M. Testa obtient. . .	27 voix.	M. Spérino.	15 voix.
M. Sangalli.	26	M. Buchanan.	6
M. Hutchinson. . . .	26	M. Sims.	4
M. Beck.	25	M. de Græfe.	4
M. Simon.	25	M. Giovanni.	3
M. Cornaz.	23	M. Semeleder. . . .	2
M. Coote.	23	M. Donders.	1

MM. Testa, Hutchinson, Sangalli, Beck, Simon, Coote, Cornaz, Spérino, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres correspondants étrangers.

Comité secret.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la commission sur les candidats au titre de membre correspondant national.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

Le secrétaire annuel, B. Béraud.

Séance solennelle du 14 janvier 1863.

Présidence de M. Morel-Lavallée.

M. le Président ouvre la séance par le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Dans cette fête de la chirurgie, notre pensée se reporte d'abord vers ceux qui ne sont plus. Deux membres éminents, qui avaient le droit d'aspirer aux plus hautes destinées, nous ont été enlevés avant le temps. MM. Cazeaux et Robert étaient au milieu de vous, il y a un an, à pareil jour; hier encore vos mains pressaient les leurs; ces murs semblent nous renvoyer encore l'écho de leur voix. Aujourd'hui, c'est en vain que vous les chercheriez; leurs places sont vides! Il ne nous reste plus rien d'eux! Que dis-je? Ne nous ont-ils pas légué leurs ouvrages et leurs beaux travaux, le souvenir de l'éclat qu'ils répandaient dans nos discussions, la gloire d'un grand talent et d'un noble caractère?

Cazeaux et Robert, chers collègues, si vous êtes encore sensibles

à ce qui se passe sur cette terre, où vous avez tracé un sillon lumineux, mais que vous avez quittée trop tôt pour la science et pour notre affection, votre cœur a dû tressaillir en voyant qu'en ce jour notre première pensée a été pour vous, en voyant que votre mémoire vivra à jamais honorée parmi nous. Puissent ces paroles du moins arriver au foyer où, comme ici, votre place est vide, et porter un adoucissement à d'inconsolables douleurs! (Très-bien.)

Nous devions cet hommage d'unanimes regrets à nos deux savants collègues. Presque toujours dans ces solennités le deuil se mêle à la joie, un crêpe se voit à côté des couronnes.

Mais nous n'avons plus à placer sous vos yeux que des lauriers. Commençons par offrir nos félicitations au nouveau membre titulaire qui est entré dans nos rangs. Les importants travaux de M. Dolbeau et ses brillants concours l'avaient désigné à vos suffrages. Une absence forcée m'avait empêché de proclamer son nom au moment où il sortait vainqueur du scrutin; je n'en suis que plus heureux de pouvoir souhaiter la bienvenue à notre digne collègue.

Vous vous êtes également adjoint, en France et à l'étranger, des chirurgiens distingués. Le nombre et le mérite des candidats nous ont inspiré le vif désir de voir s'élargir un cadre devenu trop étroit. Tous ceux qui, de près ou de loin, aiment la chirurgie et la cultivent avec talent, briguent l'honneur de vous appartenir.

Cette situation unique, vous ne la devez qu'à vous-mêmes, à votre exactitude, au soin que vous donnez à l'examen des communications soumises à votre jugement. Vous la devez surtout à la couleur pratique de vos travaux : pas un mémoire, pas une discussion qui ne recèle dans ses plis la création ou le perfectionnement d'une opération, un appareil nouveau, quelquefois le retour à une méthode injustement abandonnée, toujours un progrès dans l'art. La Société de chirurgie ne se laisse point détourner de ce but suprême par les hautes abstractions de la science, par ces tournois oratoires qui passent sous le ciel académique comme un météore, en éblouissant un moment la vue, mais en laissant les nuages se reformer derrière eux. Loin de nous l'intention de blâmer ces fêtes de l'éloquence; nous les admirons au contraire; elles élèvent l'esprit, le charment et le reposent; nous nous y rendons en foule, mais nous ne les rendons pas. Il y a plusieurs autels dans le temple d'Esculape; mais la Société ne sacrifie point à celui de la théorie.

Elle porte si loin le culte de la pratique, qu'elle introduit dans ses séances jusqu'à la clinique. Il y a dans ses règlements un tout petit

article qui ouvre cependant la porte à un grand enseignement; c'est celui qui concerne la présentation des malades. Nos collègues de Paris ou ceux des départements font un appel à vos lumières pour un cas d'une difficulté insolite. Le malade examiné par tous, la discussion s'engage, sérieuse, générale, sur la nature de l'affection, sur la convenance d'une opération, qui est rejetée ou admise, toujours avec une irrécusable autorité. Quand les Velpeau, les Cloquet, les Nélaton, les Larrey, les Hervez de Chégoin, les Deguise, se sont fait entendre, quand a donné la jeune phalange, qui sera un jour les anciens et les maîtres, que peut-il rester à dire? Il reste à dire que le pauvre emporte de cette enceinte une consultation telle qu'il s'en voit peu dans les palais des rois. C'est donc là un usage qui n'est pas moins utile à l'humanité qu'à la science; il ne saurait, d'ailleurs, en être autrement, puisque la seconde est au service de la première.

Ce n'est pas tout : une récente combinaison, dont l'honneur revient en grande partie à l'initiative et à l'activité de notre excellent secrétaire général, va faire entrer la Société dans une phase nouvelle de prospérité.

Les membres honoraires et nos correspondants nationaux ont souscrit à nos publications, presque tous, et avec un élan dont je suis fier de les remercier au nom de la Société tout entière.

Les résultats de cette souscription, d'abord facultative, et désormais réglementaire, peuvent et doivent prendre, dans un avenir prochain, des proportions inattendues. Vous vous rappelez les plaintes de la commission des correspondants nationaux, placée entre une longue liste de candidats méritants et un nombre de places insuffisant. Et voyez si elle avait raison : soixante-dix places! pour quatre-vingt-neuf départements, sans compter l'Algérie ni les colonies, pour une population de vingt-cinq à trente mille médecins! Un peu plus d'une place pour cinq cents! Si c'était assez au commencement, aujourd'hui c'est trop peu. Bientôt, je l'espère, une part plus large sera accordée à nos confrères des provinces. Alors pas un fait intéressant ne surgira à la surface du pays qu'il ne vienne, comme le long d'un fil électrique, briller à votre tribune. Qui pourrait d'avance mesurer le faisceau de lumière qui jaillira du choc de tant d'observations choisies? Alors aussi, la Société, avec ce qu'on nomme le nerf de la guerre, sera à même d'agrandir ses publications, de les enrichir de planches précieuses, de fonder des prix splendides; elle sera à même d'encourager et de servir une des sciences les plus utiles... une des plus utiles! Nous sommes modestes,

Messieurs; les malades appellent la chirurgie la première des sciences. (Très-bien, très-bien; applaudissements.)

Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1862;
par M. Béraud, secrétaire annuel.

Messieurs et chers collègues,

Lorsque, par votre choix, j'ai été désigné pour rédiger les Bulletins de la Société, j'ai été très-honoré de votre confiance, et dans le but de vous prouver ma gratitude, je n'ai rien négligé pour rendre vos pensées et vos opinions avec toute l'exactitude qu'elles méritent.

A la fin de ma mission, je viens vous rendre compte, par un résumé succinct, de vos travaux et de ceux qui vous ont été soumis pendant le cours de l'année.

Je vous prie, Messieurs, de me continuer aujourd'hui dans cette solennité la bienveillance à laquelle vous m'avez habitué pendant toute la durée de mes fonctions.

Quoique uniquement consacrés à la chirurgie, vos travaux n'en sont pas moins variés et nombreux, et pour vous les présenter dans un tableau clair et méthodique, je dois les grouper en plusieurs classes.

Je vous parlerai d'abord des affections générales qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties de l'organisme.

Deux exemples de lipomes également remarquables à des titres différents, vous ont été présentés par MM. Chassaignac et Broca.

Le cas de M. Chassaignac se rapporte à un malade qui avait sur toute la surface du corps un grand nombre de lipomes d'un volume plus ou moins considérable. Notre collègue s'est contenté d'enlever celui d'entre eux qui était le plus gros et le plus gênant, et son malade a parfaitement guéri.

M. Broca vous a fait l'histoire d'un autre malade qui présentait aussi un grand nombre de tumeurs lipomateuses survenues dans des conditions tout opposées, et bien dignes de fixer l'attention des chirurgiens. Ce malade avait subi l'ablation d'un lipome alors unique. La guérison de cette opération était accomplie, lorsque l'on vit apparaître un très-grand nombre de tumeurs semblables à celle qui avait été enlevée. En d'autres termes, il se manifestait chez lui une véritable diathèse lipomateuse, comme à la suite d'une extirpation de cancer il s'établit une diathèse cancéreuse. Ce fait insolite porte avec lui son enseignement, et, comme l'a très-bien fait remarquer

votre secrétaire général, il vient compléter la série des tumeurs susceptibles de récidiver après l'opération. En effet, si jusqu'à ce jour on avait successivement constaté la généralisation du cancer, de l'épithélioma, des fibromes, de l'enchondrome, des tumeurs fibroplastiques, on ignorait encore que le lipome pût avoir cette fâcheuse propriété.

Comme se rattachant aux affections des dépendances du tissu cellulaire, nous vous signalerons ici cet hygroma singulier, offrant trois bosselures, qui a été soumis à votre observation par M. Foucher.

MM. Huguier et Richard vous ont fait examiner dans la même séance deux beaux exemples de tumeurs fibreuses, développées entre les masses musculaires du cou. Chez le malade de M. Huguier l'extirpation a été facile, tandis que chez la malade de M. Ad. Richard elle a été plus laborieuse, à cause des adhérences nombreuses que la tumeur avait contractées avec les tissus environnants.

Les communications sur les affections chirurgicales de la peau ont été au nombre de trois.

M. Chassaignac a présenté un malade qui avait une hypertrophie considérable du tégument, rappelant beaucoup l'éléphantiasis.

M. Demarquay a montré une femme portant une production cornée sur la partie antérieure du bras. Notre collègue a saisi cette occasion pour colliger tous les faits analogues existant dans la science, et rédigé un mémoire dans lequel on pourra désormais trouver tous les renseignements pour connaître à fond cette question intéressante.

M. Larrey a remis à la Société le moule en plâtre d'une kéloïde de la peau, du volume du poing, envoyée par M. Thomas Longmore (de Chatham). Cette présentation a été suivie d'une discussion très-curieuse sur les causes des kéloïdes. Vous dire que MM. Trélat, Blot, Chassaignac, Velpeau et Larrey y ont pris part, c'est vous indiquer déjà combien elle a été profitable pour la science. Cette discussion a démontré que quelquefois les blessures de la peau, telles que les ventouses, les sangsues, les moxas, les contusions, les sinapismes et les vésicatoires en produisent, peuvent amener la formation de ces tumeurs. Mais fallait-il, en présence de cette éventualité, renoncer à l'emploi de ces agents thérapeutiques d'une utilité si grande et si journalière? Non. Sur les observations de M. Velpeau, qui a si souvent employé ces moyens, ainsi que Larrey, la Société n'a pas paru trouver dans ces accidents rares un motif suffisant d'abstention.

Vos bulletins se sont enrichis de documents précieux sur les ulcères et sur l'ulcération.

M. Broca a présenté les pièces anatomiques d'un ulcère au sacrum ayant amené par propagation une inflammation et une suppuration des méninges rachidiennes et de la moelle épinière. Il a donc ajouté un fait de plus à ceux du même ordre qui pour la première fois avaient été signalés par Blandin.

M. Broca a mis aussi sous vos yeux les pièces anatomiques recueillies sur un vieillard qui portait une ulcération fongueuse sur la jambe. Cet ulcère avait la singulière propriété de produire des cellules épithéliales imparfaites, qui, s'accumulant et se concrétant sur la surface malade, constituaient des masses dont la forme, le volume et l'aspect les faisaient ressembler à des vers blancs. A cette occasion, M. Houel a rappelé à la Société qu'il y avait dans le musée Dupuytren des pièces en cire données par M. Jules Cloquet, de la part de M. Lherminier (de la Martinique), et offrant des caractères analogues à ceux observés deux fois par M. Broca.

En changeant de milieu, de régime, d'habitudes, l'homme voit en même temps ses maladies se modifier. Nos soldats qui vont combattre dans des pays lointains en font chaque jour l'expérience, ainsi que vous le démontrent deux travaux qui vous ont été adressés.

L'un de ces travaux vous a été lu par son auteur, M. Jules Rochard (de Brest), l'autre vous a été présenté par notre savant collègue M. Cullerier, au nom de M. le docteur Champenois. Dans ces deux mémoires vous trouverez une description complète de l'ulcère, dit de Saïgon ou de Cochinchine, ulcère qui offre une si grande gravité et atteint un si grand nombre de nos soldats.

Des communications très-curieuses sur la gangrène traumatique vous ont été faites.

M. Broca a observé un cas de gangrène de la jambe à la suite de l'oblitération de l'artère poplitée, causée par une contusion.

Dans un second cas, notre collègue a pu étudier, avec la précision qu'il sait apporter dans tous ses travaux, la différence qu'il y a entre la température des diverses régions d'un membre affecté de gangrène. Vous avez accueilli ces recherches avec d'autant plus d'empressement que désormais on pourra déterminer le point exact où se trouve l'oblitération artérielle.

M. Richet poursuivant de son côté les mêmes recherches, avec une égale ardeur, vous a communiqué un cas de gangrène de la jambe, suite de l'oblitération de l'artère crurale par embolie. Notre

saavnt collègue a profité de cette circonstance pour revendiquer en faveur de la médecine française, en faveur de M. Bouillaud, l'honneur de la découverte de la cause de la gangrène par lésion des vaisseaux, et il a démontré que l'embolie avait été parfaitement décrite avant les Allemands par l'illustre professeur de la Charité.

Trois importantes communications vous ont été faites sur l'emphysème qui survient quelquefois à la suite des plaies ou des violents traumatismes.

M. Fleury (de Clermont) vous envoyait le 19 mars une très-belle observation sur ce sujet pour éclairer certains points qui avaient été débattus dans une discussion soulevée l'année précédente.

M. Desormeaux vous a donné lecture d'un travail envoyé par M. Raimbert (de Châteaudun) sur la même lésion. Il vous a fait remarquer que si toute seule l'observation de M. Raimbert ne peut apporter de nouvelles lumières, elle sera du moins, il faut l'espérer, le point de départ de recherches nouvelles sur les altérations que subit le fluide sanguin à la suite de ces violents traumatismes. On a trop l'habitude, dit M. Desormeaux, de considérer dans ces cas la lésion locale comme toute la maladie, et la mort comme la suite de la réaction de cette lésion sur tout l'organisme ou le système nerveux, et pas assez comme la conséquence de la résorption de fluides altérés.

N'est-ce pas ainsi, Messieurs, qu'il faut s'expliquer ce fait qui vous a été communiqué tout récemment par M. Dolbeau, fait dans lequel l'emphysème et la gangrène avaient marché avec une si effrayante rapidité, qu'au bout de quelques heures on n'avait plus l'espoir de sauver un membre en apparence peu gravement atteint?

Depuis quelques années la doctrine de la syphilis a subi une évolution dont vos séances ont enregistré toutes les phasés. Cette année encore, à propos d'un rapport nettement exprimé et très-consciencieux, M. Cullerier est venu vous exposer tous les faits nouveaux relatifs à l'histoire du chancre et à la contagion des accidents secondaires. Notre collègue avait à vous rendre compte de deux mémoires adressés à la Société par deux syphiliographes distingués.

Le premier de ces mémoires était de M. Langlebert, et avait pour titre : *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires.*

Le second était dû à M. Viennois, et était intitulé : *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire.*

Dans son excellent rapport, M. Cullerier a démontré, avec M. Lan-

glebert, que le chancre est toujours l'exorde obligé de la vérole et le seul accident résultant tout d'abord de l'inoculation; que les lésions secondaires ne peuvent se transmettre qu'en repassant par là forme primitive, que cette forme, appelée chancre induré ou papule, se conduit exactement de la même façon que le chancre résultant du chancre.

Ce rapport nous a valu de bonnes observations de la part de MM. Guérin et Ad. Richard. M. Guérin, en effet, a paru disposé à admettre que le chancre et la plaque muqueuse peuvent être les accidents de début de la syphilis. Il a reconnu aussi avec M. Cullerier que la syphilis apparaît toujours par un accident local, mais avec une restriction capitale, c'est que cet accident local est déjà la manifestation d'un état constitutionnel. Cette distinction est, en effet, de la plus grande importance au point de vue du traitement. Quand on ne considérait le chancre que comme un accident purement local, on croyait détruire le virus syphilitique sur place, et l'on cautérisait le chancre pour arriver à ce résultat. Mais aujourd'hui cette pratique est abandonnée, parce que l'on sait que déjà le chancre est l'indice de la vérole.

Comme M. Guérin, M. Richard a acquis à Lourcine la conviction que la vérole peut commencer par la plaque muqueuse; et, établissant l'analogie qui existe entre le chancre induré et la plaque muqueuse, il n'a pas hésité à formuler cette proposition : Que ce qui donne la vérole, c'est l'accident secondaire.

Une autre question de doctrine et de pathologie générale, non moins intéressante, a été posée par M. Chassaignac. Notre savant collègue, se basant sur des observations nombreuses, a remarqué que dans les opérations pratiquées chez les sujets qui ont la syphilis, on ne voyait jamais se manifester cette terrible complication qui emporte si rapidement les malades, je veux parler de l'infection purulente; et il s'est demandé, avec juste raison, s'il n'y avait pas un antagonisme entre la syphilis et l'infection purulente, comme il en existe un par exemple entre les fièvres intermittentes et les tubercules pulmonaires. C'est là, Messieurs, une question grave qui certainement ne pouvait être résolue par l'expérience d'un seul, quel que fût son zèle. Mais elle intéresse à un trop haut degré la science et l'humanité pour que déjà vous n'ayez commencé à recueillir des matériaux pour en chercher la solution rapide.

Enfin, pour terminer ce qui concerne la syphilis, nous vous signalerons un très-long mémoire qui fut adressé par M. Putégnat (de Luné-

ville), relatif à la nature, à la cause et au traitement des diverses espèces de chancres phagédéniques.

Divers cas de cancer ou d'autres tumeurs ont été soumis à votre appréciation, nous les rencontrerons plus tard dans le tableau des affections chirurgicales qui se montrent dans les appareils ou les systèmes organiques. Nous allons, en effet, aborder une classe d'affections très-nombreuses qui prouvent, s'il en était besoin, combien grande a été votre activité.

Les affections des os qui vous ont été communiquées sont assez variées.

Citons d'abord le cas d'ostéite fusiforme des os du métacarpe présenté par M. Boinet, et celui de M. Chassaignac, relatif au premier métatarsien, qui a exigé la résection. Cette ablation totale d'un os a été suivie de guérison, et le gros orteil n'a pas subi de déviation. Ce fait vient donc confirmer encore une fois des résultats semblables obtenus par cette résection et renfermés dans vos Bulletins.

Deux cas de nécrose ont fixé votre attention. M. Verneuil vous a parlé d'une femme qu'il avait opérée d'une nécrose phosphorée du maxillaire supérieur. Cette femme a parfaitement guéri, avec cette circonstance remarquable que la voûte palatine s'est réparée spontanément par l'ossification du périoste conservé.

M. Champenois, connu de vous par des travaux importants, vous a fait parvenir une observation de nécrose du tibia droit. Ce chirurgien a extrait le fragment nécrosé et invaginé au moyen de couronnes concentriques de trépan, et a obtenu la régénération de l'os en forme et en substance par le périoste intégralement respecté. Voilà donc deux cas où le périoste a joué un rôle réparateur, nous verrons bientôt qu'ils ne sont pas les seuls consignés dans vos Bulletins.

Une seule observation de carie vous a été soumise par M. Vanzetti (de Padoue). Cette affection avait pour siége le calcanéum, et a exigé la résection totale de cet os. Le sujet a bien guéri et a pu marcher ensuite avec la plus grande facilité.

Les fractures vous ont occupés dans un assez grand nombre de séances.

M. Goffres vous a présenté un malade qui avait eu plusieurs fractures des maxillaires supérieurs. Au moyen d'un appareil ingénieux dont les planches se trouvent dans vos Bulletins, cet habile chirurgien a obtenu un succès des plus remarquables.

M. Notta, un de vos correspondants nationaux, a communiqué une

observation de fracture de la mâchoire inférieure traitée et guérie sans difformité par l'emploi de l'appareil en gutta-percha que nous devons à notre savant président.

Vous avez reçu de la part de M. Champenois un mémoire remarquable sur les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, soit simples, soit compliquées de la luxation de la tête humérale.

Un malade que j'avais traité à l'hôpital Saint-Antoine pendant que je remplaçais M. Jarjavay est venu mourir un an après à l'hôpital Saint-Louis. M. Richet vous a présenté le bassin de cet homme, et, frappé des traces d'une fracture du sourcil cotyloïdien, il a dû naturellement se demander si la luxation que j'avais réduite chez ce malade avait réellement existé, et si ce que j'avais pris pour tel n'était pas simplement cette fracture du sourcil cotyloïdien. Heureusement j'avais recueilli l'observation avec soin et j'ai pu la produire. Or, en présence des faits observés, sans prévention, en présence surtout du bruit caractéristique entendu par les assistants au moment de la réduction, il ne pouvait plus y avoir de doute. Ce fait, du reste, a eu son utilité et nous a valu un excellent mémoire de la part de M. Richet, qui, s'appuyant sur sa propre expérience et sur les faits rares consignés dans la science, a tracé l'histoire des fractures du sourcil de la cavité cotyloïde. Il a pu démontrer que jusqu'ici ces fractures avaient presque toujours été méconnues sur le vivant, et il n'a pas manqué de nous indiquer les signes à l'aide desquels on pourra désormais éviter toute erreur de diagnostic.

MM. Chassaignac et Trélat vous ont entretenus à plusieurs reprises des fractures de la rotule.

M. Chassaignac a fait sur ce sujet deux communications intéressantes. Dans la première, il a présenté un malade qui à des intervalles éloignés s'est fracturé les deux rotules, et il a profité de cette circonstance pour montrer le résultat des deux traitements différents. Pour la première fracture, remontant à une dizaine d'années, il restait un écartement considérable, tandis que pour la seconde, traitée par lui-même, les fragments étaient tellement rapprochés que l'on pouvait croire, au premier abord, à une consolidation par un cal osseux.

Dans sa seconde communication sur ce sujet, M. Chassaignac a soulevé une question de physiologie qui n'a pas été résolue de la même manière par tous les préopinants. Il s'agissait d'un malade qui s'étant fracturé la rotule, avait conservé entre les deux fragments un écartement très-considérable. Néanmoins la marche étant encore

possible, M. Chassaignac en avait inféré que le mouvement d'extension de la jambe persistait, et qu'il devait être attribué non pas à l'action du grand droit antérieur de la cuisse, mais à des fibres spéciales des muscles vaste interne et vaste externe de la cuisse. MM. Richet, Trélat, Morel-Lavallée, ont opposé des objections à cette manière de voir, et, contestant l'action de ces derniers muscles, ont admis plus volontiers que le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse devait être rapporté uniquement à une action physique telle que le balancement et la force de projection de tout le membre inférieur.

La communication de M. Trélat concerne deux cas de fractures doubles des rotules chez deux frères. Notre collègue a profité de cette circonstance pour étudier les causes de cette double lésion et pour décrire devant vous un nouvel appareil assez simple, destiné au traitement de ces fractures, appareil qui remplit, du reste, les mêmes indications que celui de M. Morel-Lavallée.

Nous ne voulons pas quitter ce sujet sans vous rappeler un fait de M. Morel-Lavallée, consistant dans une fracture du péroné compliquée de la fracture de la malléole interne ayant amené une déviation du pied, pour laquelle le malade était venu réclamer les soins de votre honorable président.

Diverses tumeurs des os ont été soumises à votre examen.

Nous vous citerons, en première ligne, un cancer de la malléole externe qui a exigé la résection. M. Legouest a pu vous faire voir que ce soldat marchait bien après la guérison, qui toutefois n'a pas été obtenue sans traverser des dangers assez sérieux.

M. Marjolin a présenté une jeune fille portant une tumeur volumineuse sur le cubitus, et dont le diagnostic n'était pas certain. La discussion qui s'est engagée sur le traitement de cette affection, a montré qu'il était convenable d'attendre, vu que la maladie ne progressait pas depuis quelque temps.

Nous devons à M. Trélat l'histoire fort instructive d'une tumeur du maxillaire droit. La jeune fille qui en était atteinte fut soumise à une opération, mais elle succomba peu d'instants après aux effets d'une syncope probable.

Depuis quelques années, Messieurs, le microscope nous a dévoilé la nature de certaines tumeurs spéciales siégeant principalement dans les maxillaires, je veux faire allusion aux tumeurs à myéloplaxes, dites aussi myéloïdes. Autrefois, ces tumeurs étaient englobées dans la classe des cancers, mais aujourd'hui elles doivent en être distin-

guées à beaucoup d'égards. Rien ne vous étonnera donc si l'attention des chirurgiens est vivement portée de ce côté, et si de nombreuses et intéressantes communications vous ont été faites à ce sujet.

A lui seul M. Richet vous en a présenté deux exemples. Notre collègue en avait déjà montré un beau cas l'année précédente. Les deux cas de cette année ont exigé la résection de la mâchoire inférieure; l'un d'eux a été traité par M. Richet et l'autre par M. le docteur Lagarde. Une discussion, à laquelle ont pris part MM. Legouest, Forget, Dolbeau, Verneuil et Broca, a jeté une vive lumière sur la nature et sur le traitement de ces tumeurs. Les avis cependant se sont partagés sur le mode de traitement. Quelques membres ont soutenu que l'éradication ou l'abrasion devait d'abord être tentée, tandis que d'autres ont pensé qu'il fallait d'emblée aborder la résection. Nous n'avons pas la prétention de dire que la question a été jugée en faveur de l'une ou de l'autre de ces opinions, mais il nous semble que la solution peut en être trouvée, ainsi que M. Richet l'a justement fait remarquer, dans l'anatomie pathologique et dans le diagnostic.

M. Legouest vous a communiqué l'histoire d'un kyste alvéolo-dentaire traité par la résection de la mâchoire inférieure. Cette observation a donné naissance à une question de physiologie pathologique très-importante pour la pratique, je veux parler du refoulement de la langue après la résection de la partie moyenne de l'os maxillaire, sur laquelle s'insèrent les muscles génio-glosses. Ce refoulement existe-t-il dans tous les cas? quelles sont les causes qui le produisent? voilà les points principaux qui ont été discutés par MM. Richet et Legouest. A la suite des explications données, il vous a paru sans doute que ce refoulement devait être attribué, dans la plupart des cas, à des pressions latérales exercées sur les fragments osseux.

M. Liégeois a lu une observation de kyste séreux de la mâchoire inférieure traité par les injections et l'excision.

M. Marjolin vous a entretenu d'une jeune fille qui portait un ostéosarcome très-volumineux du fémur, et ayant exigé la désarticulation de la cuisse.

M. Broca a présenté les pièces anatomiques relatives à une exostose du canal rachidien, ayant amené une oblitération presque complète du trou occipital et de la partie supérieure du canal rachidien. Chose curieuse, avec une pareille lésion, l'innervation n'avait été troublée dans aucune de ses manifestations au moment de l'observation du malade par M. Broca.

Enfin votre actif secrétaire général a doté la symptomatologie des maladies des os d'un signe précieux tout à fait nouveau; je veux parler des pulsations qui se manifestent sur les liquides qui sont versés dans une plaie communiquant avec le canal médullaire des os longs. Ce signe a été plus tard observé et constaté par M. Legouest dans une affection de la mâchoire supérieure, et notre collègue s'est empressé de le signaler de nouveau à votre attention.

Après les affections des os viennent naturellement celles des articulations.

Les plaies des articulations, et surtout celles qui intéressent les grandes, comme celle de la hanche, exigent quelquefois l'amputation du membre. Il s'agit de savoir si l'amputation est préférable dès le début ou bien plus tard. Dans un rapport très-savamment exposé, M. Legouest vous a posé toutes les indications, et il a examiné le mémoire de M. Jubiot, dans lequel ce chirurgien a fixé l'époque à laquelle on doit pratiquer la désarticulation de la hanche à la suite des plaies de l'articulation coxo-fémorale.

Les luxations n'ont été l'objet que de trois communications.

M. Notta vous a lu une observation intéressante de luxation unilatérale incomplète de l'apophyse articulaire droite de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.

M. Morel-Lavallée a signalé une observation de luxation de l'avant-bras en arrière et en dedans, pour montrer que ces sortes de luxations ne sont pas rares.

Enfin, à propos de la pièce pathologique que vous avait présentée M. Richet, sur les fractures du sourcil cotyloïdien, votre secrétaire annuel a produit l'observation détaillée du malade qui avait eu la luxation coxo-fémorale un moment contestée.

M. Bauchet a montré une femme sur laquelle il avait, en 1858, pratiqué la résection du coude pour une tumeur blanche de cette articulation. Le résultat est vraiment beau : cette femme se sert de son bras comme si elle n'avait pas été atteinte de la maladie qui a nécessité l'opération.

M. Dolbeau vous a fait part d'une résection de la tête du fémur qu'il a pratiquée sur un jeune homme de vingt ans atteint de coxalgie ancienne.

M. Champenois vous a adressé une observation de tumeur blanche squirrheuse consécutive à une entorse tibio-tarsienne négligée. Cette affection a exigé l'amputation de la jambe au lieu d'élection, et en définitive le malade a guéri.

M. Trélat a fait un rapport très-savant sur un travail de M. Lala (de Rodez) intitulé : *Études sur la résection comparée à l'amputation dans les tumeurs blanches du coude.*

M. Debout a remis, au nom de M. Delore, les moules, avant et après le traitement, d'un malade affecté de deux pieds bots congénitaux traités avec succès par ce chirurgien. Ce fait vous a paru remarquable en ce que le malade avait vingt-huit ans lorsqu'on a entrepris la cure. M. Debout a relaté en même temps un cas analogue dû à M. Ferdinand Martin.

MM. Bouvier et Guersant, prenant la parole sur ce sujet, ont établi une distinction très-importante au point de vue de la curabilité des pieds bots congénitaux ou accidentels. Ils ont fait voir, s'appuyant sur leur pratique si étendue, que les premiers guérissaient moins bien que les seconds.

Un autre vice de conformation des articulations et des os très-curieux vous a été signalé par M. Bourot, qui vous a lu un travail sur le pied chinois. Ce mémoire a été renvoyé, comme celui de M. Fusier l'année dernière, à l'examen de M. Bouvier.

Les ankyloses vous ont occupés plusieurs séances. M. Marjolin vous a présenté à lui seul deux cas d'ankylose des mâchoires due à des rétractions cicatricielles; vous avez pu juger du résultat remarquable obtenu dans le seul cas qui a été soumis à une opération.

M. Bauchet, à son tour, est venu présenter une jeune fille de Syrie qui avait une ankylose à laquelle il fallait remédier promptement. Une discussion très-approfondie s'est engagée sur le meilleur traitement à suivre, et vous vous êtes tous prononcés pour l'emploi des incisions libératrices avant de recourir à la section de l'os. Un cas cité par M. Verneuil vous avait encouragés à suivre cette voie; mais dans une des séances subséquentes, avec la meilleure bonne foi, M. Verneuil est venu vous donner des renseignements nouveaux sur son opéré, et malheureusement le succès, sur lequel tout lui permettait de compter jusque-là, ne s'était pas confirmé.

Vous vous rappelez, Messieurs, avec quelle conviction Bonnet (de Lyon) est venu, il y a quelques années, vous montrer tous les avantages du redressement des membres ankylosés. Ses idées ont porté leurs fruits, et un des élèves les plus distingués de l'école lyonnaise est venu vous lire un mémoire intitulé : *De la traction continue pour le redressement des ankyloses*. Il vous a fait voir un appareil très-ingénieux destiné à remplir toutes les indications de ce traitement.

Les désarticulations de la cuisse sont rares, rares encore plus celles

qui guérissent. M. Dauvé a eu l'heureuse occasion de faire l'examen d'un malade qui avait subi cette désarticulation vingt ans auparavant. Il a étudié avec soin toutes les modifications survenues dans chaque tissu du moignon; et il en tire des conséquences pratiques pour les appareils de prothèse applicables dans ces circonstances.

Je ne veux pas terminer ce qui concerne les articulations sans vous signaler un fait de la plus grande valeur au point de vue thérapeutique, et qui, s'il venait à se renouveler, rendrait facile la cure d'une affection jusqu'ici souvent rebelle à plusieurs traitements; je veux parler de la cure des pseudarthroses par l'emploi du séton. M. Fleury (de Clermont) a, par ce moyen, guéri une pseudarthrose de l'humérus.

De nombreuses et intéressantes communications vous ont été faites sur les affections du système vasculaire.

M. Blot a lu un travail sur la cure radicale des varices volumineuses par phlébite adhésive spontanée. Cette communication a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Velpeau, Depaul, Trélat, Broca, Chassaignac et Boinet. C'est assez vous dire toute l'importance qui se rattache à cette question.

Deux tumeurs érectiles congénitales, siégeant dans la région frontale, sont dues à M. Marjolin.

M. Huguier a présenté une observation d'anévrysme traumatique de l'artère poplitée droite. La compression digitale, la compression mécanique et les injections de perchlorure de fer ayant échoué, M. Huguier a dû recourir à la ligature de l'artère fémorale, et le malade a guéri par ce dernier moyen.

M. Bourguet (d'Aix), par l'intermédiaire de M. Verneuil, vous a fait connaître deux faits semblables à celui de M. Huguier. Mais, dans l'un d'eux, la ligature n'a pas empêché la mort. MM. Chassaignac et Ollier ont été plus heureux. Dans un temps très-court, la compression digitale leur a donné un très-beau résultat.

M. Vanzetti, un des premiers promoteurs de la compression digitale, et dont la parole vous a tant charmés, est venu vous raconter les nouveaux faits de sa pratique relatifs à l'emploi de cette méthode dans le traitement des anévrysmes. Dans deux cas la compression digitale a échoué, et il lui a fallu recourir à la ligature. Dans les trois autres cas, la compression digitale ayant été méthodiquement appliquée, il a obtenu des succès vraiment surprenants. Ainsi, dans un cas, il a guéri son malade dans l'espace de deux heures.

M. Broca vous a fait voir un malade atteint d'un anévrysme con-

sidérable du tronc bracchio-céphalique. La ligature de l'artère sous-clavière a produit une amélioration notable.

Ces faits, et les discussions qui les ont suivis, ont démontré, comme le faisait très-bien remarquer M. Huguier, qu'il ne faut pas trop s'empresser de mettre de côté les moyens anciens qui ont acquis une juste confiance pour recourir exclusivement aux moyens nouvellement employés.

Vaste et complexe, l'appareil digestif est sujet à toutes sortes d'affections; vous ne serez donc pas surpris de voir que notre compte rendu prenne un développement plus considérable sur ce point de la chirurgie.

M. Broca vous a montré les résultats très-heureux d'une opération de bec-de-lièvre pratiquée dans des circonstances insolites. Ce fait, si analogue à celui que M. Guersant vous avait présenté déjà, est exposé dans vos Bulletins avec des figures qui en facilitent l'explication.

La restauration de la voûte palatine et du voile du palais a excité une vive attention de votre part.

M. Verneuil est venu vous lire un rapport sur une staphyloraphie pratiquée avec succès par M. Letenneur (de Nantes), au moyen de la suture métallique. M. Liégeois vous a communiqué une opération du même genre.

De tous les progrès accomplis dans ces dernières années pour la restauration des organes, il faut mettre au premier rang celui de la conservation du périoste. Déjà cette propriété merveilleuse qu'a cette membrane de faciliter la reproduction du tissu osseux, a reçu de nombreuses applications. Grâce à elle, M. Jordan a pu guérir deux pseudarthroses; MM. Heyfelder, Maisonneuve, Demarquay, ont obtenu la régénération des maxillaires, comme Blandin avait obtenu celle de la clavicule. Le tour de la voûte palatine est venu. M. Langenbeck (de Berlin) a démontré dans son travail que sa restauration est aujourd'hui facile et complète. M. Verneuil vous a décrit dans son rapport comment le chirurgien de Berlin pratiquait l'uranoplastie, avec conservation du périoste de la voûte palatine. M. Richet, de son côté, est venu confirmer, par un exemple éclatant qui a passé sous vos yeux, combien cette voie nouvellement ouverte promettait de succès à ceux qui désormais s'y engageront.

M. Chassaignac, ayant à traiter un cancer situé au niveau du frein de la langue, a institué un procédé nouveau et ingénieux dans lequel il a trouvé encore une application heureuse de son écraseur linéaire.

M. Demarquay a entretenu la société d'un cancer de l'amygdale et du voile du palais. Le mal avait une grande étendue ; son extirpation exposait à la blessure des carotides et de la jugulaire. Comment éviter ce danger? M. Demarquay s'est souvenu d'un procédé hardi employé par Blandin dans un cas analogue, il n'a pas hésité à y recourir. Il a donc préalablement découvert les vaisseaux du cou, et pendant que le doigt les tenait écartés du champ de la manœuvre avec l'écraseur, il a pu mener à bonne fin une des opérations les plus difficiles de la chirurgie.

Toujours à la tête du progrès, la Société de chirurgie a produit et accueilli un grand nombre de communications sur le traitement des polypes du pharynx. Plusieurs de ses membres ont institué de nouveaux procédés pour la destruction de ces tumeurs, qui, naguère encore, étaient au-dessus des ressources de l'art.

Je vous citerai, dans cet ordre de faits, la belle observation de M. Morel-Lavallée, qu'il a intitulée : *Nouveau procédé opératoire pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens*. Ce procédé, que le temps ne me permet pas de décrire, a été consacré par un beau succès consigné dans vos Bulletins. M. Dezanneau est venu lire un travail qui s'inspire à la même source, consistant dans la description d'un nouveau procédé pour l'ablation de ces mêmes polypes. M. Dezanneau, profitant de l'écartement possible des os, s'est frayé une voie à travers la face, et, sans faire aucun sacrifice, il a pu atteindre ces tumeurs. Ce procédé paraît destiné à réussir, si l'on pense surtout que M. Huguier a déjà, par un procédé analogue, obtenu de bons résultats.

M. Verneuil a lu un rapport étendu sur une observation de M. Fleury (de Clermont), intitulée : *Polype fibreux inséré à la base de l'apophyse basilaire, et envoyant des prolongements dans les fosses nasales, le pharynx et la joue*. M. Fleury a attaqué ce polype en enlevant le maxillaire supérieur gauche. Le malade a parfaitement guéri, et la guérison a été constatée deux ans après. La difformité était peu considérable.

Nous devons donc, avec M. Verneuil, nous demander si la voie faciale, avec tous ses perfectionnements récents et ses beaux résultats, ne doit pas toujours être préférée dans l'immense majorité des cas pour détruire ces polypes si rebelles.

M. Demarquay vous a communiqué un fait intéressant de cancer de l'œsophage ayant amené la mort d'une manière assez prompte.

Les hernies, qui vous avaient occupés l'année dernière pendant plu-

sieurs séances, n'ont été cette année le sujet que de trois communications.

A propos d'un fait de la pratique civile, dans lequel on a voulu réduire la hernie étranglée au moyen du taxis prolongé et forcé, M. Richet vous a fait remarquer tous les dangers de cette dernière manœuvre, et plusieurs membres, parmi lesquels il faut citer MM. Huguier, Verneuil, Guersant, Demarquay, ont pris la parole pour citer des faits à l'appui de l'opinion émise par M. Richet. Néanmoins, M. Demarquay se rappelant le travail considérable fait par M. le professeur Gosselin pour démontrer les avantages de cette pratique, a provoqué un débat sur ce sujet si important, et nous ne doutons pas que de nouvelles lumières ne jaillissent de cette discussion, si jamais elle s'établit.

M. Ch. Rouhier vous a adressé une observation intéressante de hernie enflammée, mais non étranglée, soumise à l'opération, et suivie d'une guérison parfaite.

Enfin, comme thérapeutique de cette affection si commune, nous devons signaler un mémoire de M. Philippeaux (de Lyon), dans lequel sont exposés les avantages de la cautérisation de l'épiploon après l'opération des hernies ombilicales, inguinales et crurales.

M. Desormeaux vous a fait part d'un cas très-curieux de corps étranger du rectum. Le malade avait introduit dans cette extrémité de l'intestin une bouteille d'un fort calibre pour l'extraction de laquelle le chirurgien de l'hôpital Necker a dû recourir au forceps. Le succès le plus complet a couronné cette tentative hardie.

A cette occasion, M. le professeur J. Cloquet et M. Larrey ont communiqué des faits analogues observés par eux soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital des Cliniques.

Les vices de conformation de l'anus et du rectum vous ont occupés dans un grand nombre de séances. Vous avez encore présentes à l'esprit les observations de M. Rochard (de Brest), de M. Berrut, de MM. Guersant, Depaul, Richet, Morel-Lavallée, Verneuil, Marjolin, Giraldès, Trélat.

De tous ces faits et des discussions qu'ils ont fait naître, il ressort, croyons-nous, plusieurs enseignements d'une importance extrême. Ainsi, vos discussions ont porté sur la préférence à donner aux diverses méthodes opératoires pour la cure de ces vices de conformation qui compromettent si gravement l'existence des nouveau-nés.

Aucun de vous n'a pris la défense de la méthode de Callisen; il ne restait donc en présence que la méthode de Littre et la méthode

périnéale. Quelle est celle que l'on doit employer de préférence? Voilà le problème qui a été posé devant vous, et sur la solution duquel il y a eu des divergences. Chacun a défendu son opinion avec conviction, avec chaleur, de sorte que nous devons chercher à faire ressortir en quelques mots le fruit de vos efforts et de vos discussions.

Un premier point peut désormais être établi, et c'est M. Trélat qui a le plus contribué à ce résultat, c'est que toute intervention chirurgicale doit être basée sur la notion exacte de la difformité; à cet égard, il faut séparer radicalement les imperforations anales et les imperforations rectales. Bien différentes dans la tératologie, ces deux difformités doivent différer dans la thérapeutique.

Cette distinction étant acceptée, le problème peut être simplifié. En effet, vous êtes tous unanimes pour employer la méthode périnéale quand il s'agit d'une imperforation anale.

Le débat se réduit donc à ceci : Dans les imperforations rectales, faut-il encore employer la méthode périnéale, ou bien recourir à la méthode de Littre?

Reconnaissons d'abord que les autopsies pratiquées jusqu'à ce jour semblent favorables à cette dernière pratique. En effet, le plus souvent le rectum n'existe pas, il est remplacé par un cordon fibreux qui plonge dans le bassin. Si dans cette circonstance vous vous engagez dans le périnée en employant la méthode ordinaire de la ponction avec le bistouri, ou avec le trocart comme le fait M. Guersant, ou bien la méthode de dissection comme l'a fait une fois M. Verneuil, vous risquez beaucoup de ne pas trouver l'ampoule terminale de l'intestin, et à coup sûr alors la méthode de Littre est préférable.

Mais faut-il en conclure que l'on doive l'adopter d'une manière exclusive? Les renseignements qui ont été donnés ne permettent pas de le faire assurément. Ainsi, déjà dans la méthode de Littre on discute s'il faut opérer à gauche ou à droite; voilà un élément d'incertitude! D'un autre côté, on connaît des cas dans lesquels l'oblitération rectale consistait dans une simple membrane plus ou moins épaisse; de sorte qu'alors la méthode périnéale peut encore trouver une utile application pour les imperforations du rectum.

Le chirurgien peut prévoir ces cas; ainsi, l'exploration recommandée par M. le professeur Bouisson, la sensation de la fluctuation à travers le cul-de-sac anal, font soupçonner la présence de l'ampoule terminale non loin de l'anus. Ces considérations nous ont paru devoir faire conserver à la méthode périnéale sa prééminence sur la mé-

thode de Littre. Celle-ci ne doit être mise en usage que dans des cas exceptionnels. Voilà, Messieurs, la conclusion la plus immédiate qui m'a paru résulter de vos discussions si savantes et si approfondies sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

Pour achever le tableau des affections des voies digestives qui ont passé sous vos yeux, je dois mentionner un cas très-rare de fistule biliaire décrit avec beaucoup de soin par M. Demarquay.

Messieurs, vos Bulletins ne renferment qu'une seule affection des voies respiratoires, mais elle n'en est pas moins précieuse, parce qu'elle constate une nouvelle conquête de la chirurgie. L'exploration des organes par des moyens physiques a fait dans ces derniers temps des progrès considérables. Déja Czermack (de Berlin), le professeur Turk, et M. Moura-Bourouillou, vous ont montré combien les miroirs pouvaient perfectionner le diagnostic des maladies du pharynx et du larynx. Cette année, M. Fauvel vous a présenté un malade sur lequel, au moyen du laryngoscope, vous avez constaté l'existence d'un polype implanté sur les cordes vocales. M. Fauvel ne s'est point arrêté là, il vous a communiqué un travail dans lequel il a exposé les progrès de la thérapeutique qui sont la conséquence de ce diagnostic plus complet, et cette affection, restée jusqu'ici au-dessus des ressources de la chirurgie, est désormais facilement attaquable. Avec une pince, M. Fauvel a pu saisir et détruire cette production morbide. C'est ainsi que la chirurgie française devient sur ce point une rivale heureuse de la chirurgie d'outre-Rhin.

Plusieurs cas d'affections des voies génito-urinaires ont été soumis à votre appréciation.

Je vous signalerai d'abord un mémoire très-intéressant qui vous a été lu par M. Reybard (de Lyon), sur une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. Beyran, un de vos correspondants étrangers, a fixé votre attention sur une affection très-rare de l'urèthre de l'homme. Il s'agissait, en effet, d'un polype implanté dans le canal et guéri par l'extirpation.

M. Follin vous a entretenus d'un cas d'épispadias complet traité avec succès chez un enfant de douze ans. Cette opération donne un double résultat également heureux. Non-seulement elle remédie à une difformité, mais encore elle fait disparaître le plus souvent l'incontinence d'urine qui aggravait un état déjà si grave. Il a fallu chercher la cause de ce dernier résultat, et il a paru résider pour M. Dolbeau dans l'existence du sphincter vésical qu'il a pris soin de

démontrer en s'appuyant sur des recherches anatomiques. Il faut dire cependant que l'existence de ce sphincter n'a pas été acceptée par plusieurs membres, parmi lesquels nous citerons MM. Broca et Giraldès.

Pour terminer le résumé des affections qui sont spéciales à l'homme, nous mentionnerons ici tout ce qui vous a été communiqué sur les tumeurs des bourses.

Sans rappeler à votre souvenir la thèse de M. Desprès qui traite de ce sujet et qui a été soumise à l'examen de la commission du prix Duval, nous devons vous indiquer sommairement quatre observations ou mémoires.

M. Fleury (de Clermont) a envoyé à la Société une note sur les kystes des bourses. M. Gosselin vous avait fait un rapport sur le même sujet à propos d'un travail communiqué par le même chirurgien. Cette note est une réponse aux appréciations qui avaient été faites par votre rapporteur. En examinant le premier mémoire de M. Fleury, M. Gosselin, s'apercevant que les faits produits n'étaient pas appuyés sur des dissections, s'était demandé si M. Fleury n'avait pas donné une interprétation fautive, et il avait pensé que ces prétendus kystes des bourses pouvaient appartenir à des épaississements de la tunique vaginale, ou à des hématocèles. Dans sa dernière observation, M. Fleury s'est éclairé par la dissection ; mais ne pourrait-on pas admettre ici une hématocèle pariétale telle que nous l'avons décrite, ou bien un kyste développé dans un des diverticulums que nous avons signalés.

M. Chassaignac a relaté une observation d'amputation de testicule pour un cancer de cet organe, et son opération a été suivie de succès.

Il y a bientôt quinze ans, Vidal (de Cassis), ayant trouvé dans le scrotum un liquide lactescent, avait appelé l'attention des chirurgiens sur une variété de tumeur inconnue jusqu'alors, et se fondant sur son observation, l'avait désignée sous le nom de galactocèle. Depuis, d'autres faits analogues ont été constatés, et M. Demarquay vous en a communiqué un nouveau cas très-intéressant. Il a fait voir que cette affection avait été désignée à tort sous le nom de galactocèle, puisque le liquide qui la constituait n'était pas du lait.

Cette communication vous a valu une note fort savante de la part d'un médecin distingué des hôpitaux, M. Gubler, qui déjà avait porté son esprit investigateur dans cette direction, et avait proposé de désigner ces tumeurs sous le nom de *lymphatocèles*. Quoi qu'il en

soit, le fait de M. Demarquay, appuyé sur des recherches chimiques et microscopiques faites avec M. Lecomte, a provoqué une discussion dans laquelle MM. Bauchet, Desormeaux, Richet, Morel-Lavallée, nous ont fait part de leurs observations à cet égard, et ont contribué largement à éclairer ce point intéressant de pathologie.

Les affections des organes génito-urinaires de la femme ont été le sujet de travaux très-importants. Depuis deux ou trois ans, en Angleterre et en France, comme dans d'autres pays d'Europe, la vogue s'est portée sur l'ovariotomie; vos séances devaient refléter cet état des esprits. Encouragé, par les résultats favorables des chirurgiens anglais, et par ceux qui vous furent soumis à la fin de l'année 1861 par M. Nélaton, quelques-uns de nos collègues se sont engagés hardiment dans cette voie nouvelle. C'est ainsi que M. Kœberlé vous a envoyé la relation de son premier succès. M. Demarquay ensuite vous a entretenus à deux reprises différentes sur ce même sujet. Sa première opération nous avait fait espérer un succès, mais malheureusement une péritonite a mal terminé cette courageuse tentative. Dans une seconde communication, M. Demarquay vous a montré les pièces anatomiques recueillies chez une femme morte sans avoir subi l'ovariotomie. Notre collègue a trouvé que le kyste était adhérent de toutes parts et offrait en même temps, dans ses parois, des dents et des os parfaitement organisés. Ce fait a prouvé que le pédicule étant très-long, l'opération aurait été facile sous ce rapport, mais il restait toujours les obstacles produits par les adhérences.

Quant à M. Boinet, il a été plus heureux. Il a obtenu un brillant succès. Vous avez vu son opérée, et vous avez pu constater sa guérison. Félicitons notre collègue de sa belle opération.

Ces faits devaient nécessairement amener une discussion, non-seulement au point de vue de la médecine opératoire, mais encore au point de vue de l'opportunité de l'opération. Nous ne pouvons reproduire tous les perfectionnements signalés par chacun des orateurs. Contentons-nous de rapporter les paroles d'un illustre maître. M. Velpeau faisait remarquer que déjà, il y a une trentaine d'années, la même vogue s'était manifestée, que déjà des tentatives avaient été faites, et qu'alors les chirurgiens s'étaient divisés en deux camps, les uns agissant, les autres s'abstenant. Peut-être qu'aujourd'hui nous en sommes encore au même point. Des revers se sont produits, les succès tant vantés chez nos voisins d'outre-Manche n'ont pas toute la supériorité qu'on leur attribuait d'abord, et si nous regar-

dons autour de nous, nous croyons nous apercevoir que l'enthousiasme commence à se calmer.

Récemment la chirurgie a reçu de nombreux perfectionnements dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Mettant à profit ces nouvelles conquêtes, plusieurs membres ont obtenu des succès remarquables. M. Morel-Lavallée vous a communiqué une observation de fistule vésico-vaginale opérée avec succès par le procédé américain. MM. Verneuil et Foucher vous ont rapporté deux semblables succès obtenus par M. Bourguet (d'Aix), et par M. Rames.

Mais si la chirurgie restauratrice est puissante, il ne faut pas oublier que la nature possède aussi de grandes ressources, et qu'elle peut à elle seule, ou bien aidée par des moyens simples, guérir spontanément ces lésions consécutives aux accouchements. Déjà M. Danyau avait observé deux cas de guérison, soit dans sa pratique, soit dans celle de son père; déjà M. Marjolin avait fait la même remarque ainsi que M. Nélaton, qui dans ses leçons insistait depuis longtemps sur cette cure spontanée et en avait montré des exemples. L'observation très-remarquable qui vous a été lue par M. Dolbeau venait continuer la série de ces succès. Nous-même, à la Maternité, il y a deux ans, nous avions de notre côté guéri une large fistule vésico-vaginale par des moyens simples. Il faut donc, ainsi que vos débats l'ont démontré, n'intervenir chirurgicalement que dans les cas où la nature est et demeure réellement impuissante.

Comme bel exemple de restauration, nous devons signaler l'observation de M. Verneuil, qui dans une déchirure complète du périnée s'étendant sur la cloison recto-vaginale, a fait un avivement oblique de la muqueuse vaginale au niveau de la cloison et n'intéressant nulle part la muqueuse rectale. Pour la réunion, M. Verneuil s'est servi de fils métalliques, et a fait la suture vaginale entrecoupée et la suture périnéo-rectale enchevillée. Il a ainsi obtenu un succès complet et rapide. Dans sa communication, notre habile collègue s'est attaché à faire voir l'inutilité des incisions latérales et de la section du sphincter.

Nous devons rattacher à cette partie de notre compte rendu les travaux d'obstétrique.

M. Blot a lu un rapport sur cinq observations d'accouchements difficiles, envoyées par M. Mordret (du Mans). La première observation est relative à une femme qui, avant d'être confiée aux soins de M. Mordret, avait été soumise à plusieurs applications de forceps fructueuses : la version amena un fœtus mort. La femme

ayant succombé, on constata des lésions graves, des fractures du bassin, et une déchirure du vagin, qui évidemment étaient le résultat des manœuvres inhabiles pratiquées avant l'entrée de la femme à la Maternité du Mans.

La seconde observation se rapporte à une présentation de l'épaule méconnue; la version fut difficile.

La troisième observation consiste dans une version rendue impossible par l'écoulement des eaux, par la rétraction violente de l'utérus et l'engagement considérable du tronc.

La quatrième observation relate un cas d'application du forceps sur une tête contenue dans l'utérus après la détroncation. Enfin, dans la cinquième observation, il s'agit d'une application du forceps dans un cas de présentation de la face, où une première application avait été infructueuse parce qu'on avait méconnu la position.

M. Lizé (du Mans), à l'appui de sa candidature, est venu lire deux observations dignes d'intérêt.

Dans le premier cas, il s'agit d'un rétrécissement du bassin ayant exigé la céphalotripsie. Une fistule vésico-vaginale s'est produite, et sa guérison a coïncidé avec un rétrécissement du vagin et une suppression définitive des règles. Le second cas se rapporte à un abcès du ligament large, guéri par une incision méthodique.

Parmi les affections du système nerveux et de ses dépendances, nous vous citerons les observations suivantes :

M. Closmadeuc vous a fait parvenir une observation d'abcès du cerveau avec hémorrhagie ventriculaire survenue deux ans après une chute sur la tête.

M. Chassaignac a présenté un malade ayant une hydrocéphalie avec une double exophthalmie. MM. Depaul et Blot ont chacun à leur tour montré un spina-bifida.

Comme se rattachant aux affections des centres nerveux, n'oublions pas de signaler ce bel exemple de tumeur crânienne soumis à votre appréciation par M. Marjolin. Les avis se sont partagés sur la nature et le diagnostic de cette affection; mais la ponction exploratrice a dissipé tous les doutes, en démontrant que la tumeur était constituée par du liquide céphalo-rachidien.

Le cas de M. Prestat (de Pontoise), se rapportant à un fragment de lame de couteau trouvé au fond d'une plaie du crâne, trouve ici naturellement sa place.

Les maladies des yeux et de l'appareil de la vision vous doivent aussi des perfectionnements.

M. Guérin est venu vous décrire un nouveau procédé de blépharoplastie qui lui a donné un beau succès. Ce procédé appartient à la méthode autoplastique par glissement, et consiste à faire sur la paupière une incision en V renversé aux deux extrémités duquel on fait arriver deux incisions horizontales. Il permet de remonter la paupière aussi haut que l'on veut, et il offre des avantages de précision et de facilité tels que bientôt il sera adopté par tous les chirurgiens.

M. le docteur Wecker a présenté un malade sur lequel il a pratiqué un nouveau mode opératoire inventé par M. Critchett, pour obvier aux inconvénients des taches centrales de la cornée. Cette opération, désignée par M. Critchett sous le nom d'*iridesis*, consiste à porter le bord pupillaire vers le bord cornéen resté transparent. On fixe l'iris dans une ouverture de la cornée au moyen d'une ligature que M. Wecker enlève plus promptement que M. Critchett. Cette opération paraît devoir s'introduire désormais dans la pratique, si l'on en juge par les beaux résultats qu'elle a déjà donnés.

M. Richet a lu tout récemment au milieu de vous un rapport très-intéressant sur un fait d'ophthalmie plastique interne qui vous a été envoyé par M. Duboué (de Pau). Vous avez encore trop présentes à la mémoire les considérations si savantes du rapporteur sur ce fait nouveau, pour que j'insiste davantage.

Enfin M. Desormeaux vous a fait voir un nouvel ophthalmoscope construit avec des verres spéciaux, et destiné à rendre faciles les explorations des milieux de l'œil et des membranes internes.

Signalons enfin, pour ne rien oublier, la note de M. Fleury de Clermont relative à un cas de paralysie de la deuxième et de la troisième paire crânienne consécutive à une lésion de la cinquième paire survenue à la suite d'une chute sur la tête.

M. Dolbeau vous a entretenus d'un cas de polypes fibro-muqueux des fosses nasales dont le diagnostic avait offert des difficultés, et pour lequel il a pratiqué une observation. Cette coïncidence de polypes muqueux avec des polypes fibreux a frappé l'attention de la Société, et plusieurs membres, parmi lesquels il suffit de citer MM. Velpeau, Huguier, Verneuil, Bauchet et Trélat, sont venus éclairer ce cas des lumières de leur expérience.

Si nous n'avons à enregistrer que ce cas relatif aux affections des fosses nasales, nous sommes, par contre, plus riches en ce qui concerne la rhinoplastie totale. Dans un savant rapport, M. Verneuil

vous avait décrit la rhinoplastie avec lambeaux périostiques telle que MM. Nélaton et Ollier l'avaient déjà pratiquée. Il vous avait montré combien M. Ollier avait été habile à utiliser ses curieuses recherches sur les propriétés du périoste. M. Verneuil ne s'en est point tenu là, il est venu vous lire quelque temps après l'observation d'un malade qu'il avait lui-même opéré de rhinoplastie totale par la méthode qu'il a désignée sous le nom de méthode à doubles lambeaux superposés. Il y a là un véritable progrès accompli, et certaines difformités repoussantes et incurables seront désormais attaquées avec succès. Quelque temps après, M. Sédillot vous a fait parvenir une note sur le même sujet, bien digne d'occuper l'attention.

Nous n'avons que deux cas d'affections des membres, mais ils sont tous deux très-intéressants.

M. Verneuil, ayant à traiter un enfant qui avait des cicatrices de la main, suites de brûlure ancienne avec flexion permanente des doigts, a employé l'autoplastie pour remédier à cette grave difformité. Mais l'inflammation et la gangrène des lambeaux étant survenues, il a échoué. C'est alors qu'il a formé le projet d'une opération nouvelle dans les cas graves de ce genre, opération consistant dans l'ablation d'une phalange pour trouver une quantité de téguments plus considérable.

Enfin M. Guyon vous a montré un bel exemple d'ongle incarné guéri par l'autoplastie.

Je ne veux point terminer cette exposition sommaire de vos travaux, sans vous arrêter un instant sur quelques communications qui intéressent la thérapeutique pure.

M. Broca vous a fait part d'un cas de tétanos traité infructueusement par le curare.

M. Legouest vous a parlé des inconvénients du perchlorure de fer, qui a été attaqué et défendu tour à tour avec chaleur par plusieurs membres, parmi lesquels nous trouvons MM. Gosselin, Chassaignac, Giraldès, Morel-Lavallée, Richet, Desormeaux et Trélat. L'action caustique de ce médicament pourra être détruite en ne l'employant qu'à 30 degrés et en le délayant avec une ou deux parties d'eau.

M. Velpeau vous a adressé de la part de M. Ciniselli (de Crémone) deux mémoires importants sur l'électricité appliquée à la chirurgie. Dans un premier travail, M. Ciniselli a traité de l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants, et de son application à la thérapeutique. Dans son second travail, M. Ciniselli a donné la descrip-

tion d'un appareil électro-moteur à force constante, propre à l'usage médical et aux opérations chirurgicales.

Nous placerons dans ce chapitre les appareils et les instruments qui ont été soumis à votre examen.

M. Giraldès a plusieurs fois présenté des instruments et des appareils de prothèse. Les instruments avaient pour but la pulvérisation des liquides. Ces appareils consistaient dans des moules en caoutchouc fondu pris sur des moignons ou des parties difformes sur lesquels ils étaient destinés à s'appliquer.

M. Larrey vous a montré les appareils perfectionnés de prothèse pour les amputés. MM. Chassaignac, Borelli, Goffres, vous ont décrit divers instruments qui offrent des avantages incontestables.

Enfin, Messieurs, vous avez abordé un sujet qui intéresse beaucoup la chirurgie, quoique d'une manière indirecte, je veux parler de la statistique. Constater les résultats de nos opérations, déterminer les conditions nuisibles ou favorables aux succès que l'on cherche, c'est assurément un noble but. Or, la statistique seule peut nous le faire atteindre. Mais pour cela il faut nécessairement que la statistique soit bien faite. Il n'en serait point ainsi d'après les observations communiquées par M. Chassaignac, et appuyées par M. Jarjavay, Morel-Lavallée, Boinet.

MM. Broca, Trélat, Voillemier ont au contraire fait voir que les causes d'erreur constatées et incontestables signalées dans la discussion ne devaient pas ôter toute valeur aux statistiques faites jusqu'à ce jour.

M. Giraldès a terminé ce débat en démontrant que les statistiques anglaises que l'on avait tant vantées n'offraient pas elles-mêmes toute la valeur scientifique désirable.

L'administration a compris depuis quelques années qu'il y avait des perfectionnements à apporter dans cette direction, et nous devons lui savoir gré de les avoir introduits avec le plus grand empressement.

Messieurs, nous venons de parcourir aussi rapidement qu'il nous a été possible dans leurs détails vos nombreux travaux. Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur votre œuvre, nous verrons que votre inépuisable activité vous a permis d'explorer dans tous les sens le vaste domaine de la chirurgie; vous avez porté le flambeau de vos lumières sur toutes les questions actuelles, vous avez abordé avec fruit les sujets les plus difficiles, cherchant avec une ardeur égale à faire et à provoquer le progrès : pathologie générale,

symptomatologie, diagnostic, thérapeutique, médecine opératoire, statistique médicale, tout a passé au crible de votre expérience. Toutes vos communications ont porté l'empreinte de votre bonne foi; vous avez avoué vos revers et vos succès avec un égal empressement. Vous avez donc toujours été fidèles à notre admirable devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.*

M. GIRALDÈS a la parole pour prononcer l'éloge de B. Brodie, et il s'exprime en ces termes :

MESSIEURS,

Les sociétés scientifiques présentent à leur origine certaines ressemblances; incertaines et vacillantes à leur début, elles s'affermissent peu à peu, et à mesure qu'elles grandissent, qu'elles prennent de la notoriété, elles s'entourent de tout ce qui peut les illustrer, les ennoblir..... Telle a été la marche de la Société de chirurgie de Paris...

Fondée par douze chirurgiens des hôpitaux, quelques-uns déjà maîtres dans la science et l'art de la chirurgie, elle fut à peine remarquée à son commencement, mais bientôt la vigueur de sa direction scientifique, l'intérêt de ses travaux, l'éclat des discussions élevées dans son sein, fixèrent l'attention; elle fut alors recherchée; le cadre de son personnel dut s'agrandir, et à côté des membres fondateurs, d'autres vinrent partager l'honneur de lui appartenir.

Mais comme la chirurgie n'est pas l'apanage d'une ville ou d'un pays, pour donner plus de poids à ses décisions, plus d'autorité à son nom, la Société de chirurgie devait appeler à son aide l'expérience des chirurgiens de tous les pays.

Dans ce but, elle créa, en 1853, la classe des membres associés étrangers, et ajouta à ses statuts l'article suivant : « Les associés » étrangers sont au nombre de vingt, choisis par la Société parmi » les chirurgiens étrangers depuis longtemps célèbres par leurs » travaux, leur pratique ou leurs écrits. » Après cette importante modification, la Société de chirurgie enrichit le cadre de son personnel de quinze chirurgiens éminents, dont la renommée, pour s'en tenir à la lettre de ses statuts, était depuis longtemps connue...

Ces illustres associés furent :

Arendt, chirurgien en chef des armées russes, connu par ses belles opérations sur les ligatures des artères.

Frederich August, von Ammon, dont les travaux sur les maladies

chirurgicales congénitales, et sur l'ophthalmologie, avaient été depuis longtemps remarqués.

Sir Georges Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'Université d'Edimbourg.

Sir Benjamin Collins Brodie.

Sir Philip Crampton, le plus renommé des chirurgiens irlandais, savant éminent, opérateur hardi, celui qui le premier en Europe lia l'artère iliaque primitive, et qui, à l'aurore de sa carrière, attacha son nom à une découverte anatomique, à laquelle les travaux des ophthalmologistes modernes ont donné un complet assentiment.

Maximilien J. Chélius, le célèbre professeur de chirurgie de l'Université de Heidelberg.

Grimm, inspecteur général du service de santé militaire de la Prusse.

Georges James Guthrie, un des chirurgiens militaires les plus renommés de la Grande-Bretagne, qui, par ses travaux sur la chirurgie des armées, et par sa conduite sur le champ de bataille, a conquis le droit d'inscrire son nom au-dessous de celui de son modèle, l'illustre Larrey!...

Éduard Jæger, le chef de l'école ophthalmologique de Vienne, une des colonnes de l'ophthalmologie moderne.

William Lawrence, l'éminent chirurgien de l'hôpital de Saint-Bartholomy, le savant renommé, le professeur éloquent, le maître aimable, dont les travaux, datant d'un demi-siècle, ont donné tant d'éclat à son nom.

Valentine Mott, le plus célèbre des chirurgiens du nouveau monde, le premier qui osa porter une ligature sur le tronc brachio-céphalique.

Mayor, professeur de clinique chirurgicale à Genève.

James J. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg, dont la brillante intelligence éclaire vivement la ville qu'en Angleterre on appelle la nouvelle Athènes, et dont le nom restera attaché à l'histoire de l'anesthésie.

Kajetan Textor, professeur de chirurgie à l'Université de Würzburg; ses travaux sur les réactions placent son nom à côté de ceux de Park et de Moreau.

Benjamin Travers, l'élève, le collaborateur de sir Astley-Cooper, l'auteur des belles recherches sur les plaies intestinales, et du livre sur les irritations constitutionnelles et la pathologie du système nerveux.

De tous ces hommes célèbres, Ammon, Arendt, Ballingall, Crampton, Guthrie, Mayor, Travers, Textor..... ne sont plus!.... La mort a effacé leurs noms du cadre de nos associés.....

Devant d'aussi grandes illustrations, la Société de chirurgie doit s'arrêter, et saluer une dernière fois ces noms illustres, la gloire de leur pays et l'honneur de notre profession.

L'année qui vient de finir emporte avec elle un autre de nos associés, et cette fois encore la mort ne s'est pas méprise; elle a nombré les palmes et les années.

Sir Benjamin Brodie n'appartient plus qu'à l'histoire de notre Société.....

L'honneur d'exposer le résumé des travaux de cet éminent chirurgien, dont la vie scientifique a rempli près d'un demi-siècle, revenait à juste titre au collègue dont la plume habile et exercée vous a exposé, dans un langage choisi et élevé, la vie de deux maîtres : Gerdy et Lallemand.....

Cédant au désir de la Société de chirurgie, je vais essayer, non pas de le remplacer, mais de résumer, aussi succinctement que possible, les principales phases de la vie de cet illustre associé, et d'inaugurer le pieux usage de faire paraître une dernière fois devant la Société de chirurgie des noms aussi honorés, et de rendre à leur mémoire un juste tribut d'hommages.

Sir Benjamin Collins Brodie, baronnet, ancien président de la Société royale de Londres, ancien président de la Société royale de médecine et de chirurgie, ancien président du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre, docteur en droit civil de l'Université d'Oxford, ancien président du Conseil médical, membre correspondant de l'Institut, membre associé de l'Académie impériale de médecine et de la Société de chirurgie, etc.

Naquit à Winterslow, dans le comté de Wilts, le 8 juin 1783. Il était le troisième fils du révérend Bellinger Brodie, recteur de Winterlow, magistrat influent, adjoint au lord-lieutenant du comté. Une sœur du révérend Bellinger Brodie épousa le docteur Denman, célèbre accoucheur de Londres, et une de ses filles épousa le docteur Mathews Baillie, auteur des illustrations d'anatomie pathologique, d'un Traité d'anatomie pathologique, et neveu de Hunter. Une de ses tantes maternelles épousa sir John Stanton, l'auteur de l'*Histoire de l'ambassade de lord Macartnay en Chine.* Ainsi, sir Benjamin Brodie tenait de très-près à ces illustrations médicales : William et John Hunter.

L'éducation littéraire de Benjamin Brodie fut dirigée par son père, élève distingué de l'Université d'Oxford. Sous cette direction habile, il contracta de bonne heure des habitudes méthodiques et littéraires qu'il conserva toute sa vie.

Eu 1801, c'est-à-dire à l'âge de 19 ans, le futur président de la société royale vint à Londres commencer ses études chirurgicales, et il entra à l'école d'anatomie de Great Windmill street.

Cette école était alors une des plus célèbres de Londres; fondée en 1745 par William Hunter, elle avait eu la gloire d'abriter sous son toit : John Hunter Hewson, Jenner, Cruikshank, Everard Home et Mathews Baillie. Au moment où Brodie débutait dans la carrière médicale, elle était dirigée par Honoratus Thomas, plus tard président du collége des chirurgiens, et par James Wilson, anatomiste habile, élève de Hunter, et dont les leçons sur l'anatomie et la pathologie du système osseux, du système vasculaire et des organes de la génération, révèlent un anatomiste éminent et un pathologiste distingué.

A l'époque où Benjamin Brodie commençait ses études chirurgicales, l'enseignement de cette science à Londres laissait beaucoup à désirer, et était loin d'offrir cette ampleur qu'il présente aujourd'hui. Resserré dans un cadre très-étroit, il comprenait simplement l'anatomie et la chirurgie, et si l'on était loin de l'époque où Nourse et Percival Pott enseignaient à l'hôpital de Saint-Bartholomy l'anatomie et la chirurgie en vingt-quatre leçons, on était loin aussi d'avoir donné à l'enseignement de la chirurgie les développements nécessaires, et malgré la présence de chirurgiens distingués, tels que sir Charles Blicke, Abernethy, sir William Blisard, Cline, Carlisle, Everard Home, Carpue, Astley Cooper, etc., il faut dire que les moyens d'étude étaient insuffisants. Les établissements où l'on enseignait l'anatomie et la chirurgie se bornaient à une école médicale, fondée à l'hôpital de Londres, en 1785, par William Blisard, où ce chirurgien enseignait l'anatomie, la physiologie et les opérations; à une seconde école à l'hôpital de Saint-Thomas et de Guy réunis, dans laquelle Astley Cooper et Cline enseignaient l'anatomie et la chirurgie; à l'hôpital de Saint-Bartholomy, Abernethy professait l'anatomie et la chirurgie, enseignement qu'il continua jusqu'en 1827; enfin, à l'hôpital Saint-Georges, Everard Home, d'après uue décision réglementaire, adoptée en 1793, après la mort de John Hunter, y enseignait la chirurgie. Si l'on ajoute à cela l'école huntérienne de Great Windmill street et un ou deux cours faits au

domicile des professeurs, on peut avoir un coup d'œil d'ensemble sur l'enseignement de la chirurgie à Londres au commencement de notre siècle.

L'anatomie, la chirurgie et les opérations n'étant enseignées que par le même professeur, ou tout au plus par deux, on peut bien supposer que, quels que fussent leur habileté et leur zèle, cet enseignement devait être nécessairement très-imparfait. Si l'enseignement de la chirurgie, circonscrit dans un aussi petit nombre d'écoles, et partagé par peu de maîtres, ne pouvait pas être complet, celui de l'anatomie offrait bien d'autres difficultés. Quoique cette science fût cultivée avec ardeur par quelques médecins, son enseignement néanmoins se trouvait dans un état très-précaire, et à Londres, comme William Hunter nous l'apprend, en 1745, deux cadavres suffisaient pour les besoins du cours du professeur le plus renommé. Tout était discours, dit-il, et peu de chose était montré. Pour mieux faire comprendre l'imperfection de l'enseignement de l'anatomie et de la chirurgie, rappelons qu'en 1743 Broemfield faisait le cours d'anatomie et de chirurgie en trente-quatre leçons, et qu'en 1747 le docteur Nichols professait l'anatomie, la physiologie, la pathologie et les accouchements en trente-neuf leçons. La corporation des chirurgiens avait seule le droit de preudre tous les ans quatre cadavres de suppliciés, et de les faire anatomiser dans sa grande salle. Cette disposition légale, qui livre au couteau de l'anatomiste le corps des condamnés est assurément une des causes de ce préjugé des Anglais de regarder les dissections presque comme un sacrilége. Or, malgré l'impulsion et la direction donnécs à l'anatomic par William Hunter, en créant l'école de Great Windmill street, l'étude de l'anatomie présentait encore les mêmes difficultés au moment où Benjamin Brodie commença ses études chirurgicales.

On était alors aux beaux jours des résurrectionistes, et les professeurs d'anatomie étaient forcés d'avoir recours à l'industrie de ces rats de cimetière, à ces maraudeurs, portant le nom, alors trop connu, de Murphy, Burcke et Bishop. Ces industriels, d'une nouvelle espèce, passaient leur temps à la recherche d'expédients et de procédés, pouvant leur permettre de fouiller rapidement les cimetières pendant la nuit, et d'enlever les morts, sans laisser de traces trop apparentes de leur larcin. Le prix des corps fournis par ces voies illicites, et il était impossible d'en avoir autrement, était de 8 à 9 guinées, près de 200 fr., et l'on était encore obligé, au commencement de la saison anatomique, de verser à scs espèces de pourvoyeurs, un

pourboire de 20 à 40 livres, c'est-à-dire de 500 à 1000 fr., afin qu'ils n'allassent point porter à une école rivale les produits de leur industrie nocturne, engagement qui n'était pas toujours respecté.

Presque au moment où Benjamin Brodie commença ses études chirurgicales, un grand changement, une importante modification venait d'être opéré dans l'organisation de la chirurgie. La corporation des chirurgiens venait d'être supprimée, et à sa place, par une charte royale de Georges III, datée du 24 mars 1800, le collége royal des chirurgiens de Londres venait d'être fondé. Pour comprendre la portée de cette modification et l'influence qu'elle était appelée à exercer sur l'avenir de la chirurgie anglaise, il est utile de rappeler quel était l'état de la chirurgie au commencement du siècle dernier. A cette époque, il n'existait encore à Londres que deux hôpitaux : Saint-Bartholomy et Saint-Thomas; dans ces établissements, on ne recevait presque pas d'élèves. On n'en comptait que neuf; huit à l'hôpital de Saint-Thomas et un à l'hôpital de Saint-Bartholomy. L'enseignement ne se faisait pas dans les hôpitaux; on apprenait la chirurgie en s'inscrivant comme apprenti chez un chirurgien. Il n'existait point d'école d'anatomie ou de chirurgie; la corporation des barbiers-chirurgiens avait seule le droit de prendre tous les ans quatre suppliciés pour les faire anatomiser. C'est seulement en 1768 qu'un amphithéâtre a été créé à l'hôpital de Saint-Thomas; au temps même de Percival Pott, chargé, en 1765, du cours de chirurgie à l'hôpital Saint-Bartholomy, l'amphithéâtre de cet hôpital n'existait pas; il ne fut fondé que vingt ans après.

Le système de l'apprentissage était dans toute sa vigueur; un élève, un apprenti, un garçon chirurgien, comme on disait aux beaux jours de Saint-Côme, entrait chez un maître chirurgien, et y apprenait ce que celui-ci pouvait ou voulait lui enseigner. La grande séparation de la médecine et de la chirurgie était à son apogée, et le grand Harvey «*physiologiæ lumen et Angliæ decus*», pour me servir du langage de Haller, faisait tous ses efforts à l'hôpital de Saint-Bartholomy pour empêcher les chirurgiens de prescrire des médicaments à leurs malades, sans l'autorisation du docteur! Les chirurgiens réunis aux barbiers constituaient la corporation des chirurgiens-barbiers; cet étrange amalgame, opéré en 1540 par acte de Henri VIII, existait encore en 1737; à cette époque, l'illustre Cheselden, membre de l'Académie royale de chirurgie, prenait dans un acte public le titre de barbier-chirurgien. Cette réunion insolite n'a été rompue qu'en 1745, par acte de Georges II, et les chi-

rurgiens, débarrassés de ces auxiliaires étranges, formèrent alors un corps, sous le titre de *Corporation des chirurgiens de la ville de Londres*. Aucune disposition réglementaire n'obligeait les aspirants à faire des études régulières et à se soumettre à des examens probatoires; si, attirés par la renommée des maîtres, ils venaient se promener à l'hôpital de Saint-Thomas à la suite de Cheselden, de Percival Pott, à Saint-Bartholomy, et de John Hunter à l'hôpital de Saint-Georges, rien ne les obligeait à se présenter devant la corporation des chirurgiens pour y subir des examens; s'ils le faisaient, c'était par leur simple volonté, par acte de déférence et par courtoisie. Tandis qu'en France, à la même époque, l'enseignement de la chirurgie était presque à son zénith; à Londres, cet enseignement était à l'état embryonnaire, et sortait à peine des langes où il était enveloppé.

Au commencement du siècle, cet état de choses venait de changer; une ère nouvelle s'élevait pour la chirurgie anglaise; la corporation des chirurgiens était remplacée par le collége royal des chirurgiens de Londres; l'acte de constitution du nouveau collége, non-seulement lui donnait une organisation nouvelle, mais lui octroyait aussi des priviléges supérieurs à ceux de l'ancienne corporation; il laissait intacte la jurisprudence médicale alors en vigueur. Néanmoins, à partir de ce moment, le nombre des aspirants au diplôme du collége augmenta sensiblement; le niveau des études s'éleva, et, sous l'empire de cette organisation nouvelle, Benjamin Brodie commença ses études de chirurgie.

La création de l'école huntérienne, où avait pris place le futur chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, avait été un service rendu à l'enseignement. Cette école, sous le souffle puissant de William Hunter, avait donné une vigoureuse impulsion aux études anatomiques, et elle avait contribué à former des anatomistes et des chirurgiens de premier ordre. C'est là qu'a été réunie par son fondateur cette magnifique et précieuse collection léguée par lui à l'Université de Glasgow.

La direction donnée aux études anatomiques dans l'école huntérienne de Great Windmill street, devait agir dans une certaine mesure sur l'esprit des élèves. Cette direction se ressentait des tendances scientifiques de son fondateur. L'anatomie, la physiologie et la pathologie formaient dans son enseignement une trinité inséparable; les démonstrations anatomiques n'étaient point poussées dans cette minutie de détails propres à l'école de Desault, mais bien dans

ce genre élégant dont Sabatier nous a donné l'exemple; elles étaient faites, on peut le dire, dans cette grande manière, inaugurée par Vic-d'Azyr et Bichat, par William et John Hunter. L'anatomie chirurgicale, étudiée avec tant de soin par les professeurs Roux, Blandin et notre illustre maître M. Velpeau, y était en grand honneur; et dans les livres d'anatomie, publiés alors, on rencontre souvent cette tendance de faire suivre la description anatomique des conséquences pratiques qui peuvent s'ensuivre. Les difficultés élevées à l'étude de l'anatomie justifient l'usage de cette méthode, et nous expliquent pourquoi, contrairement aux errements des anatomistes du continent, les anatomistes anglais ont toujours montré une prédilection marquée pour l'anatomie chirurgicale, méthode préconisée et défendue par sir Benjamin Brodie, dans un discours d'apparat prononcé à l'hôpital Saint-Georges à l'ouverture de la session scolaire de l'année 1843.

Après avoir été initié dans l'anatomie par James Wilson, Benjamin Brodie entra à l'hôpital Saint-Georges en 1803, sous la direction d'Éverard Home, beau-frère de Hunter. Éverard Home était alors dans la plénitude et la splendeur de ses facultés; sa belle intelligence n'avait pas encore été affaiblie et voilée par des excès regrettables, et sa réputation scientifique n'avait pas encore été ternie par la fumée de l'incendie des manuscrits de John Hunter. Chirurgien habile et anatomiste renommé, il se livrait avec ardeur à des recherches importantes sur l'anatomie des animaux, et il y faisait concourir son élève. Sous la direction d'un maître aussi habile, Benjamin Brodie devait faire de grands progrès; il disséquait des animaux avec Éverard Home, s'initiait à des connaissances d'anatomie comparée, tout en continuant ses dissections d'anatomie humaine à l'école huntérienne; à l'hôpital Saint-Georges, il se livrait à des études de chirurgie et d'anatomie pathologique, et, comme on l'a dit de William Hunter, il observait les vivants et disséquait les morts.

En 1805, Benjamin Brodie se trouva suffisamment préparé pour subir l'examen réglementaire devant le nouveau collége, et à peine était-il en possession de son diplôme, qu'il était nommé démonstrateur d'anatomie à l'école où il avait commencé ses études; et, en 1809, il fit concurremment avec James Wilson, son premier maître, le cours d'anatomie, cours qu'il continua jusqu'au moment où la direction de l'école passa dans les mains de Charles Bell.

En 1808, il fut nommé chirurgien adjoint (assistant surgeon) de l'hôpital Saint-Georges, et il commença alors cet enseignement chi-

rurgical qu'il continua sous des formes diverses pendant près de quarante années.

Le personnel de l'hôpital Saint-Georges se composait alors de quatre chirurgiens titulaires et de deux adjoints ou assistants : Thomas Keate, Éverard Home, John Griffith et John Gunning, le Nestor de la chirurgie anglaise, résidant aujourd'hui à Paris (1), étaient les quatre chirurgiens titulaires; Robert Keate et Benjamin Brodie, les deux adjoints. Éverard Home, trop occupé par ses recherches et par les exigences de sa clientèle, se reposait volontiers sur Benjamin Brodie du soin de son service, et Gunning, inspecteur général du service de l'armée, qui se trouvait alors en Espagne près du duc de Wellington, était remplacé à l'hôpital Saint-Georges par le chirurgien assistant Brodie. Ainsi, à vingt-cinq ans, à l'âge où l'on est encore élève, Brodie remplissait les fonctions de chirurgien titulaire dans un grand service d'hôpital. Cette circonstance était de nature à servir l'avenir du jeune chirurgien, à donner à son esprit une puissante impulsion et à son expérience clinique une maturité prématurée. Aussi, en 1813, il communiqua à la société médico-chirurgicale ses premières recherches sur les maladies des articulations, recherches qui, plus tard, devaient former la base du livre qu'il a publié sur cette matière.

Les conditions où se trouvait Benjamin Brodie étaient de nature à ouvrir devant lui de larges horizons et de brillantes perspectives; l'amitié d'Éverard Home lui avait procuré des relations intimes avec Wollaston, sir Hymphry Davy et sir Joseph Banks. Ces relations lui donnèrent de puissants appuis à la Société royale. En 1809, Éverard Home présenta à cette compagnie, au nom de Brodie, une observation curieuse de fœtus acardiaque; la description nette et précise de cette malformation révèle déjà l'écrivain clair et méthodique que nous retrouverons plus tard. Nommé à vingt-sept ans membre de la Société royale, il fut désigné, en 1810, pour faire la lecture ou leçon croonienne, et il choisit pour sujet la démonstration expérimentale « *de l'influence du cerveau dans les mouvements du cœur et dans la* » *production de la chaleur animale* (2). Bichat et Cruikshank avaient émis l'opinion que la cessation des mouvements du cœur, par suite

(1) Décédé quelques jours avant la séance de la Société de chirurgie.

(2) The croonian lecture, on some physiological researches, respecting the influence of the Brain on the action of the heart, and on the generation of animal heat. *Philosoph. transact.*, 1811.

des lésions du cerveau, était occasionnée par l'arrêt de la respiration. Benjamin Brodie démontre par une série d'expériences la vérité de cette opinion. Si l'on coupe la moelle épinière à sa partie supérieure, ou bien, si l'on paralyse l'action du cerveau par l'action d'un agent toxique, et que l'on entretienne les mouvements respiratoires au moyen de la respiration artificielle, le cœur continue à battre, la circulation persiste, et la chaleur animale diminue et cesse de se produire. Benjamin Brodie communiqua, en 1812, à la Société royale un travail complémentaire de celui qui avait fait le sujet de la leçon croonienne (1); et dans lequel il démontre que si le cœur, soustrait à l'influence du cerveau et sous l'influence de la respiration artificielle, continue à battre et à faire circuler le sang, les phénomènes chimiques de la respiration, c'est-à-dire la production de l'acide carbonique, continuent sans développement de chaleur, fait contraire à la théorie de Lavoisier, qui plaçait la source de la chaleur animale dans les phénomènes chimiques de la respiration.

Ces expériences produisirent une certaine sensation, et fixèrent les regards sur le jeune physiologiste. La mission que la Société royale avait confiée à Brodie, en le chargeant de la lecture croonienne, était une preuve de grande faveur; cette marque de considération, rarement accordée à des savants connus, l'est plus difficilement à des talents naissants. Il suffit de rappeler le but de la création de la lecture croonienne pour en apprécier toute la valeur. Un des membres fondateurs de la Société royale, le docteur William Croone, mort en 1684, laissa dans son testament le plan de deux leçons annuelles, devant être faites l'une au collége des médecins et l'autre à la Société royale; le but de ces leçons était de démontrer « les » progrès des connaissances sur la motilité, ou sur tout autre point » que le président en exercice jugerait plus utile au progrès des di- » vers objets pour lesquels la Société royale a été fondée. » C'est en 1701, que lady Sadleir, veuve du docteur Croone, laissa un legs dont les intérêts, montant à 3 £., c'est-à-dire 75 francs, devaient être affectés aux frais de ces leçons. Les émoluments ne sont donc pas en harmonie avec l'importante considération attachée à cette mission. C'est en 1738 que la première leçon croonienne a été faite par le docteur Alix Stuart sur les mouvements du cœur; le docteur

(1) Further experiments and observations on the influence of the brain on the generation of animal heat. *Philosoph. transact.*, 1812.

Young, Wollaston et Éverard Home furent à leur tour appelés au même honneur.

La médaille coppleyenne fut décernée en 1811 à Benjamin Brodie, pour les expériences sur l'influence du cerveau dans les mouvements du cœur et dans la production de la chaleur animale. La médaille coppleyenne est la plus grande récompense dont dispose la Société royale. L'institution de cette distinction remonte à 1719 ; elle fut fondée par sir Godfrey Coppley, membre de la Société royale. Il laissa un legs de 100 £., c'est-à-dire de 2500 francs, dont les intérêts devaient être affectés à des expériences que la société désignerait; mais, en 1729, Hans Sloane, vice-président de la Société royale, proposa d'employer les intérêts de cette somme à frapper une médaille d'or, aux armes de la société, médaille qui devait être décernée comme récompense au travail qui aurait le plus contribué à réaliser un progrès scientifique. On raconte qu'au moment où il fut question d'accorder à Benjamin Brodie une aussi haute distinction, un des membres de la savante compagnie observa que l'honneur était bien grand pour un aussi jeune physiologiste. Le président répondit que si cette récompense était méritée, c'était une raison de plus pour la lui accorder.

Les expériences ingénieuses de Benjamin Brodie offraient à l'esprit quelque chose de saisissant, qui paraissait opposer une objection sérieuse à la théorie chimique de la respiration formulée par Lavoisier; cependant, quelque brillantes qu'elles parussent, en les regardant de près, on pouvait y trouver matière à quelques réflexions critiques; elles avaient le tort de regarder comme simple un phénomène d'un ordre très-complexe, et de le présenter comme étant la répétition des phénomènes normaux. Ainsi que l'ont fait remarquer Wilson Philips, Harting et le docteur William, les inspirations artificielles, à la faveur desquelles on était obligé de maintenir la respiration, étaient beaucoup plus nombreuses que les inspirations normales, et, étant trop multipliées, elles devenaient une des causes du refroidissement de l'animal, de la dépression rapide de la température ; d'ailleurs elles ne représentaient pas complétement cet acte rhythmique, à la faveur duquel l'animal introduit dans son économie la somme d'oxygène qui est nécessaire à ses fonctions. Comme circonstance atténuante, on peut ajouter que Brodie faisait remarquer, avec autant de raison que de prudence, qu'il n'avait pas la prétention de les présenter comme le dernier terme de la question. Plus tard, en 1851, sir Benjamin Brodie, publiant avec quelques commentaires ses expériences physiologiques, insistait beaucoup sur l'influence de la puis-

sance nerveuse comme dominant les principaux actes de l'économie, et présidant en particulier à ceux dont il est question. Il considérait l'agent nerveux comme ayant quelque chose d'analogue à celui qui est développé dans la pile électrique. En attribuant à l'influence nerveuse la cause principale qui domine et enchaîne tous les phénomènes physiologiques, sir Benjamin Brodie avait soutenu une thèse à laquelle les recherches les plus modernes ont donné une complète confirmation.

L'année suivante, Benjamin Brodie communique à la Société royale un travail sur le mode d'action des poisons végétaux et animaux sur l'économie animale (1); il emploie pour ses expériences les divers poisons les plus violents, entre autres l'extrait d'aconit, de tabac, d'huile d'amandes amères, de l'upas autian et du voorara ou curare, et il distingue l'action rapide et violente de ces deux derniers sur l'économie; le premier détermine la mort en produisant la paralysie de la respiration, et le second, en arrêtant l'action du cœur. Il cherche ensuite par quelle voie mystérieuse la transmission de l'agent toxique s'effectue aussi rapidement, et il constate par une série d'expériences ingénieuses que les terribles effets du poison se produisent par voie d'absorption. Les expériences de l'abbé Fontana avaient précédé de longtemps celles du physiologiste anglais; mais celui-ci, en instituant de nouvelles expériences, a eu grand soin de rappeler les travaux du physiologiste italien, et, sans être nouveaux, les résultats obtenus par Brodie ont contribué à fixer l'attention des toxicologistes sur cette importante question.

Le dernier travail de physiologie de Benjamin Brodie a été publié dans les transactions philosophiques pour l'année 1814; il est intitulé : *De l'influence de la section de la huitième paire sur les sécrétions de l'estomac;* ce mémoire vient pour ainsi dire clore la carrière physiologique de Brodie; désormais toute son activité est absorbée par l'étude et l'enseignement de la chirurgie. Il commence cet enseignement en 1814 à l'école huntérienne de Great Windmill street, où il ouvre un cours de chirurgie théorique et pratique; et, en 1816, il s'associe avec Brande et Pearson, à l'hôpital Saint-Georges, pour for-

(1) Experiments and observations on the different modes in which death is produced by certain vegetables poisons. *Philosoph. transact.*, 1811, tit. I.

Further obs. and experiences on the action of poisons on the animal system. *Philosoph. transact.*, 1812.

mer une école de médecine, de chimie et de chirurgie, dans laquelle Brodie se réserve l'enseignement de la chirurgie.

La réputation du chirurgien de l'hôpital Saint-Georges va grandissant de jour en jour, et l'appelle à des honneurs nouveaux. En 1819, le conseil du collége royal des chirurgiens le désigne pour la place de professeur dans cet établissement. Le poste auquel Brodie venait d'être appelé était essentiellement un poste d'honneur, occupé précédemment par des hommes éminents, des maîtres habiles : Évrard Home, sir William Blisard, Abernethy, Astley Cooper, etc. En lui accordant cette mission importante, le collége lui donnait une marque de haute considération et de grande faveur.

Le professeur d'anatomie et de chirurgie du collége des chirurgiens a un rôle tout exceptionnel; le collége n'est pas un corps enseignant, et le professeur n'a pas la mission d'enseigner la chirurgie; il a un rôle plus élevé, plus difficile à remplir : dans les six leçons qu'il est chargé de faire sur l'anatomie humaine et la chirurgie, il doit chercher surtout à jeter la lumière sur quelques points en litige, à traiter quelques parties spéciales, quelques sujets peu connus; ou bien encore quelques branches de la chirurgie, que par des recherches spéciales il a contribué à éclairer. Ces leçons ne s'adressent point à des élèves, à des commençants; le professeur parle devant un auditoire d'élite, devant le président et les dignitaires du collége, devant des maîtres, des émules ou des rivaux, dont quelques-uns, rompus aux difficultés de la pratique, et profondément initiés dans la littérature médicale, possèdent à fond les secrets de l'art.

Dans l'ancienne corporation des barbiers-chirurgiens, deux membres étaient désignés chaque année pour enseigner l'anatomie et la chirurgie, et pour anatomiser les quatre cadavres des suppliciés qu'ils avaient droit de réclamer. Le livre de chirurgie de Read, comprenant les leçons faites dans la grande salle de la corporation, et les leçons sur l'ostéogénie par Nesbith nous montrent que parfois d'utiles sujets y étaient lus et traités. Lors de la séparation des chirurgiens d'avec les barbiers en 1745, la nouvelle compagnie conserva le droit de prendre les quatre corps des suppliciés pour des usages anatomiques; et Astley Cooper, nommé professeur en 1793, nous dit que le devoir du professeur était de disséquer ces corps et d'en expliquer l'anatomie. Il est probable que sans la condition expresse imposée au nouveau collége des chirurgiens, de faire tous les ans un cours d'anatomie comparée pour faire connaître les préparations de la collection de Hunter, que le gouvernement venait de lui donner,

il est probable, dis-je, que sans cette condition, il n'y aurait encore que le cours d'anatomie et de chirurgie en six leçons, fondé par Arris et Thomas Gale.

Mais, d'après la constitution du collége, deux professeurs sont nommés, l'un chargé d'enseigner l'anatomie comparée, et l'autre l'anatomie humaine et la chirurgie. C'est en 1814 que cette disposition réglementaire a été mise en vigueur : Éverard Home et William Blisard furent désignés, le premier pour l'anatomie comparée et le second pour la chirurgie; Astley Cooper, Abernethy, Lawrence et Wilson leur succédèrent. En 1819, James Wilson et Brodie furent chargés de ce double enseignement; Brodie, de l'anatomie comparée, et Wilson, de l'anatomie humaine et de la chirurgie. Le jeune professeur d'anatomie comparée publia en 1820 sa leçon d'ouverture (1), dans laquelle il jette un coup d'œil d'ensemble sur les diverses matières dont il aura à s'occuper. L'obligation imposée aux chirurgiens, membres du collége, d'enseigner dogmatiquement l'anatomie comparée, était une tâche parfois difficile à remplir; le conseil reconnut que cette branche de l'enseignement était trop vaste, trop spéciale, et pour éviter des discordances dans les doctrines professées et mettre un peu d'harmonie dans cet ensemble, il lui parut nécessaire, dans l'intérêt de la science, de confier le cours d'anatomie comparée à un membre du collége, qui fit de cette science le sujet spécial de ses études; la place de professeur huntérien fut créée, et Richard Owen, membre du collége, zoologiste distingué, fut appelé à ces nouvelles fonctions. Plus tard, une chaire d'histologie fut également instituée, et le collége royal des chirurgiens présente cette particularité assez curieuse qu'il possède une des plus belles collections d'anatomie comparée et un enseignement assez large sur cette matière, tandis que la chirurgie ne se trouve représentée que par six leçons annuelles, leçons qui ont été le sujet des remarquables travaux de James Paget et Prescot-Hewett.

Brodie fut donc chargé de l'enseignement de l'anatomie comparée, et quinze leçons ont été faites sur ce sujet, dans les années 1820 et 1821. En 1822, il passa de la chaire d'anatomie comparée dans celle d'anatomie humaine et de chirurgie, plus en harmonie, il faut le reconnaître, avec ses occupations et ses travaux. La structure et les fonctions des organes de la digestion, les blessures de la tête, les

(1) Introductory lecture delivered in the theatre of the Royal-College of surgeon of England by B. C. Brodie, 1820.

lésions du système nerveux en général, les effets produits par la strangulation et par la foudre, et autres sujets qu'il a publiés plus tard dans ses mélanges de chirurgie, telles ont été les principales matières traitées dans ses leçons.

Dans l'année 1822, la mort de John Griffiths, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, laissa vacante le poste de chirurgien titulaire, et Benjamin Brodie fut légitimement promu à cette place; il avait alors trente-neuf ans. Depuis le moment où il fut nommé chirurgien titulaire, jusqu'en 1831, il fut chargé du cours de chirurgie à l'école de l'hôpital Saint-Georges, et, si après cette époque il laissa à d'autres cette importante mission, il ne continua pas moins à intervenir dans l'enseignement, en faisant des leçons cliniques sur des sujets difficiles, ou bien en prenant l'initiative de mesures propres à l'agrandir et à le développer.

L'hôpital Saint-Georges a toujours été une excellente école de chirurgie; mais l'anatomie n'y étant pas enseignée, les élèves de cet hôpital étaient tributaires des écoles voisines. Pour obvier à cet état de choses, Brodie prit l'initiative de la formation de l'école d'anatomie qui existe aujourd'hui.

La position de chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-Georges appelait sur Brodie l'attention du public, et sa clientèle en éprouva une sensible augmentation; c'est surtout après 1828 que cette augmentation devint plus appréciable. Astley Cooper, cette étoile de première grandeur de la chirurgie anglaise, venait de renoncer à la pratique civile; le sceptre de la chirurgie passa dès lors entre les mains de Benjamin Brodie.

La mort de sir Éverard Home laissa vacante, en 1832, la place de premier chirurgien du roi Georges IV, et Brodie fut nommé en remplacement de son maître et promu premier chirurgien (sergeant surgeon), place qui lui a été confirmée par la reine actuelle; deux ans après, en 1834, le roi Georges IV lui accorda le titre de baronnet. Cette nomination, hommage rendu par le roi au véritable talent, augmenta dans une certaine mesure l'influence et l'autorité de sir Benjamin Brodie.

Dans l'année 1837, le nouveau baronnet fut chargé par le conseil du collége des chirurgiens de faire le discours ou oraison huntérienne. L'institution de ce discours remonte à 1814; à cette époque, sir Éverard Home et Mathews Baillie offrirent au collége une somme de 500 £., c'est-à-dire de 12,000 francs, dont les intérêts devaient servir aux frais d'une cérémonie commémorative pour perpétuer la

mémoire de John Hunter. Depuis lors, tous les ans, à quelques exceptions près, un membre du conseil est délégué pour rendre au grand chirurgien ce pieux hommage dans un discours appelé " *Hunterian oration* ", discours prononcé dans le grand amphithéâtre du collége, devant le conseil assemblé, le 14 janvier, anniversaire de la naissance de John Hunter, le créateur de ce splendide musée, dont le collége des chirurgiens est fier à juste titre. En 1839 et 1840, sir Benjamin Brodie fut appelé au fauteuil de la présidence de la Société royale de médecine et de chirurgie; pendant la durée de sa présidence, il donna l'exemple du zèle et de l'exactitude, et se fit remarquer par son esprit libéral et par l'urbanité de ses manières; à chaque communication, il essayait d'amener les membres de la société sur le terrain de la discussion, afin de ne point laisser passer inaperçus les points importants; il résumait souvent avec une admirable précision les travaux présentés, et mettait en lumière les parties qui lui paraissaient devoir appeler l'attention de la compagnie.

Après trente années de services actifs à l'hôpital Saint-Georges, treize ans comme adjoint et dix-huit comme titulaire, sir Benjamin Brodie résigna ses fonctions pour devenir chirurgien consultant, il avait alors cinquante-sept ans; il était dans la plénitude de ses facultés, et spontanément il avait sonné l'heure de sa retraite. Cette démarche ne lui était pas imposée par la lettre d'un règlement, par l'affaiblissement de l'âge ou l'état précaire de sa santé; mais les exigences de sa clientèle ne lui laissant pas le temps nécessaire pour un service actif et régulier, il préféra abandonner une position qu'il ne pouvait pas complétement remplir. Dans cette circonstance, comme dans bien d'autres, le sentiment du devoir a seul dicté sa conduite. Il ne voulait pas barrer la route aux jeunes adjoints qui venaient après lui, et être ainsi un obstacle à leur avancement, exemple à opposer à ceux qui ne craignent pas de se jeter à la traverse de tout le monde, et qui, riches jusqu'à l'opulence, enlèvent par *tous les moyens,* à d'autres moins favorisés, des positions pour lesquelles ils ne sont nullement préparés.

A l'occasion de sa retraite, les élèves et les amis de sir B. Brodie lui offrirent, comme témoignage de sympathie et de respect, une médaille d'or frappée à son effigie, et portant sur le revers la figure d'une femme alimentant la lampe de la vie, et au-dessous l'inscription suivante :

E TENEBRIS TANTIS TAM CLARUM EXTOLLERE LUMEN QUI POTUISTI
CONSOCII ET DISCIPULI GRATULANTES.

En renonçant à la place de chirurgien titulaire, sir Benjamin Brodie ne rompit point les liens qui l'attachaient à l'hôpital Saint-Georges; c'est dans cette maison qu'il avait commencé sa carrière, c'est là aussi qu'il avait fondé sa réputation. Il prenait un vif intérêt aux affaires de cette noble institution; il assistait presque tous les ans à cette cérémonie qui inaugure dans les écoles de Londres l'année scolaire; il distribuait lui-même le prix de clinique qu'il avait fondé, et, en 1843 et 1846, il adressa la parole à son jeune auditoire, en se chargeant du discours d'usage, ou leçon d'ouverture, *introductory lecture*, dont le sujet, pour l'année 1843, était: *On the duties and conduct of medical students and practitioners*; et pour l'année 1846: *On the mode of investigation the science belonging to the medical profession.*

La notoriété chirurgicale du chirurgien consultant de l'hôpital Saint-Georges avait atteint un très-haut degré; aussi, en 1844, le collége royal des chirurgiens appelle au fauteuil de la présidence l'ancien professeur d'anatomie et de chirurgie de ce collége. Depuis quelque temps, il faisait partie du conseil et de la commission chargée des examens. Dans la même année, l'académie royale des sciences, l'Institut, le nommait membre correspondant, par trente-neuf voix sur quarante-trois votants, en remplacement de sir Astley Cooper, et, l'année suivante, l'académie royale de médecine l'inscrivait au nombre de ses associés étrangers.

Malgré les exigences d'une clientèle nombreuse et celles de sa position sociale, sir Benjamin Brodie ne renonça point à ses travaux; en 1846, il publia ses mélanges: *On lectures illustrative of various subjets in pathology and surgery*; en 1849, la dernière édition des *Maladies des voies urinaires;* en 1850, la cinquième et dernière édition de son *Traité des maladies des articulations;* en 1851, il reprend ses travaux de physiologie, et les publie avec des notes complémentaires. L'esprit élevé et éminemment philosophique de sir Benjamin Brodie le ramène, au déclin de sa vie, vers ces hautes et sereines régions de la pensée, et la philosophie occupe une partie de ses loisirs. Il prend un vif intérêt aux travaux de la société d'ethnologie, dont il a été le président, et à ceux de la société de zoologie, d'épidémologie, etc.; il prend aussi une grande part à la formation de la Société nationale pour le progrès des sciences sociales, et il est désigné pour présider la section d'économie sociale; à cette occasion, il prononce un discours dans lequel il touche de main de maître les points essentiels dont la section doit surtout se préoccuper; il établit

l'importance, dirai-je, la nécessité de l'étude de ces questions jusqu'ici trop négligées, et dont l'examen constitue un des besoins de la société moderne.

A cette époque de sa vie, jetant un regard en arrière, et faisant converger son expérience et ses observations vers l'étude des questions de philosophie, il publie, en 1854 (1), un essai, ou recherches de psychologie, dont la seconde partie a été publiée en 1846, et la deuxième édition de la seconde partie en 1862.

Enfin, pour couronner noblement cette existence d'honneur et de science, de nouveaux fleurons sont ajoutés à sa couronne scientifique. L'université d'Oxford décerne à sir Benjamin Brodie le titre honorifique de docteur en droit civil, et la société royale de Londres l'appelle, en 1859, à l'insigne honneur de la présidence à la place de lord Wrottesley. Sir Benjamin est le seul chirurgien qui, jusqu'à présent, ait été appelé à un pareil honneur. Cette insigne faveur avait été accordée à sir Hans Sloane qui, en 1727, succéda à Newton; à sir John Pringle, en 1772; et au docteur Well Hyde Wollaston, en 1820.

A partir de l'année 1861, la santé de sir Benjamin Brodie commença à décliner, et vers le mois de juillet de l'année 1862, il fut pris de douleurs erratiques d'apparence rhumatismale; ces douleurs, localisées dans une épaule, prirent un caractère insolite, de nature à faire croire à l'existence de quelque production maligne; il succomba le 8 octobre 1862, à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Quelques jours avant sa mort, sentant sa fin prochaine, il disait à son ami, M. Charles Hawkins : « Si quelque médecin de mes amis vous parle de moi, rappelez-moi affectueusement à son souvenir. »

Arrêtons-nous ici un moment, et jetons un regard en arrière; comptons les titres et les travaux qui valurent à sir Benjamin Brodie une aussi grande, une aussi légitime autorité. Au début de sa carrière, nous le voyons s'essayer à des problèmes délicats de physiologie expérimentale, s'attacher avec ardeur à la solution de questions difficiles et importantes, préparant ainsi son esprit à l'observation, et, comme il le disait dans une circonstance solennelle, s'appliquant à connaître la route de ce qu'il avait à apprendre; ses tendances chirurgicales néanmoins se révèlent de bonne heure, et à peine en

(1) Psychological inquiries, in a series of essays intended to illustrate the mutual relations of the physical organisations and the mental faculties. In-12, 1854.

possession d'un service de chirurgie, il abandonne les hautes et brillantes perspectives de la physiologie pour s'adonner à l'étude des maladies. Il commence alors ses recherches sur les maladies des articulations, recherches qu'il communique d'abord à la société médico-chirurgicale (1), et qui formeront plus tard ce traité des maladies des articulations (2), dont la cinquième édition et deux traductions signalent l'importance. La publication de ce livre a beaucoup contribué à mieux faire connaître les maladies articulaires et à jeter une éclatante lumière sur leur thérapeutique. A cette époque, on se le rappelle, le chaos régnait en maître dans cette classe de maladies, et, sous le nom de tumeurs blanches, on réunissait des lésions bien différentes, et la thérapeutique, se prévalant de cette obscurité, reconnaissait trop facilement, comme *ultima ratio*, le bistouri ou le couteau. Sir Benjamin Brodie s'attacha à bien étudier toutes les lésions articulaires, à bien les différencier, à pénétrer dans leur intimité, à connaître leur étiologie, afin de mieux établir les indications thérapeutiques. Dans les diverses éditions de son livre, et surtout dans la dernière, il s'attacha à compléter l'histoire des diverses formes des maladies articulaires, en faisant intervenir, pour mieux expliquer les diverses lésions pathologiques, les recherches anatomiques récentes les plus autorisées. Dans la première édition de ce travail, on rencontre déjà des notions précises sur les diverses espèces de coxalgie ; il aborde l'examen de certains problèmes importants, et cherche à montrer pourquoi les différentes positions du bassin peuvent contribuer à modifier les diverses attitudes des membres, à leur donner une longueur ou un raccourcissement apparent, questions que, plus tard, des pathologistes distingués ont traitées d'une manière profonde et brillante. Il pose le principe d'immobiliser les jointures comme étant indispensable dans le traitement des maladies articulaires. Dans sa dernière édition, il établit comme apophthegme de pathologie, résultat de sa vaste expérience, que la plupart des maladies des articulations reconnaissent pour cause un état général, qu'elles en sont une manifestation, précepte important, et qu'on ne saurait trop méditer devant cette question palpitante d'actualité : la résection des extrémités osseuses dans les maladies des articulations. D'après une

(1) Pathological researches respecting the diseases of joints. *Medic. chir. transact.*, v. IV, V, VI.

(2) Pathological and surgical observ. on diseases of the joints, etc. Première édition, 1812 ; deuxième, 1822 ; troisième, 1834 ; quatrième, 1851.

donnée générale aussi pertinemment établie, on ne sera pas étonné du peu de prédilection de sir Benjamin Brodie pour l'emploi des moyens locaux dans le traitement de ces affections; il cherche à bien faire comprendre qu'il faut avant tout modifier l'état général par des moyens internes, dont l'expérience lui a démontré toute la valeur. Dans la dernière édition des maladies des articulations, il ajoute un chapitre nouveau sur les affections goutteuses, névralgiques et rhumatismales, ainsi qu'une description précise des abcès interstitiels des os; ce point de pathologie est un de ceux que sir Benjamin Brodie a le plus contribué à mettre en lumière.

En explorant cette vaste région de la pathologie chirurgicale, il rencontra certains cas d'affections articulaires, manifestations d'un trouble dynamique du système nerveux, simulant, à s'y méprendre, une lésion des articulations, affections traitées infructueusement jusqu'alors par les moyens les plus barbares; et il démontre que ces divers états ne sont qu'une manifestation, qu'une des formes bizarres, une des phases des affections hystériques; il cherche à bien les déterminer, et montre qu'on peut les détruire, en corrigeant le trouble dynamique des fonctions nerveuses.

Ces observations, communiquées dans des leçons cliniques, ont été réunies plus tard dans un volume, et publiés, en 1837, sous le titre de *Lectures illustrative on certain local nervous affections*. Dans ce livre, sir B. Brodie donne une description très-exacte de la coxalgie hystérique, et de quelques autres affections de même nature, qui ont leur siége dans la colonne vertébrale. Le *Traité des maladies des articulations* est écrit avec une grande clarté; les descriptions sont faites avec une remarquable précision, et débarrassées de cette indigeste et terrible érudition de seconde main, qui encombre parfois certains écrits. Ce livre restera comme un modèle, et sera toujours consulté avec fruit. Les nombreuses préparations qui ont servi de base à ce beau travail sont déposées dans le musée de l'hôpital Saint-Georges, musée que sir Benjamin Brodie a contribué à former, et auquel, en 1835, il a donné toute sa collection pathologique.

Les leçons sur les maladies des voies urinaires(1) méritent aussi une attention particulière; professées à l'hôpital Saint-Georges pendant l'année 1828, et publiées d'abord dans les journaux de médecine,

(1) *Lectures on the diseases of the urinary organs*, 8° London, 1re édition 1832, 2e 1835, 3e 1842, 4e 1849.

elles ont été plus tard réunies en un volume, dont la première édition parut en 1832, et la quatrième ou dernière en 1849; dix-sept années se sont donc écoulées entre la première édition et la dernière; ce laps de temps a été grandement mis à profit par l'auteur. La dernière édition, tout en conservant le cadre de la première, est profondément modifiée. Les diverses doctrines ont été revisées, et les données pratiques mieux assurées ont été formulées avec plus de précision clinique; d'ailleurs, sir Benjamin Brodie, comme auteur, a ce précieux avantage d'ajouter, toutes les fois qu'il écrit, quelque chose à sa réputation, et d'enrichir la pratique de données nouvelles. J'ai essayé, dit-il, dans la préface de la première édition, de relater, avec précision et vérité, ce que j'ai vu, en ayant soin d'indiquer aux autres ce qui a été pour moi, dans le commencement de ma carrière, un sujet d'embarras et de difficultés.

Si l'on jette un coup d'œil sur le long catalogue des maladies qui affligent l'humanité, celles qui prennent leur origine dans les organes urinaires occupent un trop grand nombre de pages, et méritent à tous égards l'attention des praticiens. Sir Benjamin Brodie, en consignant dans son livre les résultats de son expérience, a rendu service à la science, et quoique son travail ne renferme pas de découvertes nouvelles, il présente un exposé si précis et si exact qu'il sera lu avec intérêt, et toujours consulté avec avantage. Les maladies de la vessie, de la prostate, de l'urèthre, les calculs urinaires, les abcès et les fistules sont décrits avec une admirable précision, avec une remarquable clarté; les diverses altérations des urines, comme révélant un état morbide des organes, sont étudiées avec grand soin; l'opération de la taille, et toutes ses conséquences sont amplement exposées.

Dans la première édition de son livre, sir Benjamin Brodie se garde bien de passer sous silence l'opération de la lithotritie, opération, à peine connue en Angleterre, grandement controversée, et à peine acceptée par les chirurgiens du continent; en parlant de cette opération, il dit qu'il ne connaît de cette méthode que les résultats obtenus par d'autres opérateurs, qu'il n'est pas en mesure d'en apprécier la valeur, ne l'ayant pas suffisamment répétée; mais dans les éditions suivantes, éclairé par son expérience, il consacre un chapitre spécial à cette brillante conquête de la chirurgie moderne; il en montre les avantages, signale et discute quelques-uns de ses inconvénients; et, en 1855, dans une lettre, adressée au docteur Copland, président de la Société royale de médecine et de chirurgie, il entre

plus avant dans l'examen de cette intéressante question, et essaye de poser les diverses indications, en s'appuyant sur les résultats obtenus par une série de cent quinze opérations. Le *Traité des maladies des voies urinaires*, modèle de clarté et de méthode, est un des livres qui ont le plus contribué à vulgariser en Angleterre la pathologie chirurgicale des voies urinaires.

Un bon nombre de travaux, d'observations de chirurgie sont consignés dans les journaux ou dans les recueils des sociétés savantes; quelques-uns ont été préalablement exposés dans des leçons cliniques à l'hôpital Saint-Georges; leçons dans lesquelles l'éminent chirurgien se plaisait à développer, dans un langage précis, le résultat de sa vaste expérience. Publiées d'abord dans les journaux de Londres, elles ont été recueillies et éditées en Amérique; plus tard, en 1846, sir Benjamin Brodie réunit les plus importantes en un volume, sous le titre de *Lectures illustrative of various subjets of pathology and surgery*. Parmi les divers sujets contenus dans ce volume, on doit citer les leçons sur la gangrène, les abcès des os, la strangulation, le squirrhe de la mamelle, les kystes mammaires, etc. Ces divers sujets sont exposés avec une richesse de faits, avec une précision qui révèlent les hautes qualités de cet éminent clinicien.

Pour terminer l'énumération des travaux de chirurgie de sir Benjamin Brodie, il faut encore citer les deux Mémoires insérés dans les tomes XIV et XX des *Transactions medico-chirurgicales* de Londres (1), sur les lésions traumatiques du cerveau et de la moelle épinière; dans ces deux mémoires, riches de nombreuses observations, il étudie les épanchements de sang dans le canal rachidien, les destructions traumatiques de la moelle, les diverses blessures de cet organe, et les phénomènes qui les accompagnent. On trouve encore dans le tome XXVI des *Transactions medico-chirurgicales* une observation de corps étranger dans la trachée. Ce fait curieux eut le privilége d'émouvoir le monde scientifique, et la haute société anglaise; il s'agit de l'accident arrivé au célèbre ingénieur normand Brunel, constructeur du tunnel sous la Tamise. On sait comment l'habile chirurgien, en pratiquant la trachéotomie, et en faisant placer son malade sur un plan incliné, la tête en bas, parvint par une série de manœuvres à déga-

(1) *Pathological and surgical obs. relating injuries of the brain.* Med. chir. Trans., v. XIV. — *Path. and surg. observ. relating injuries o the spinal cord.* Med chir. Trans., v. XX.

ger le corps étranger, enclavé dans les bronches, et à le faire sortir par l'ouverture de l'opération (1).

Loin de nous, Messieurs, la prétention de vous avoir fait une complète énumération de tous les travaux de sir Benjamin Brodie; nous avons essayé seulement d'appeler votre attention sur les plus importants. Nous devons maintenant placer à côté de ses travaux de chirurgie d'autres écrits ayant principalement trait à des sujets de philosophie naturelle, d'ethnologie, d'économie sociale, et quelques autres de polémique professionnelle. Parmi les travaux de philosophie naturelle on doit citer surtout un travail en deux parties sous forme de dialogue, intitulé : *Recherches de psychologie*. Dans ce travail, sir Benjamin Brodie s'inspirant du *Timée* de Platon, essaye de traiter, sous la forme commode et pittoresque du dialogue, les questions les plus profondes de la philosophie, questions exposées avec une fraîcheur de pensées, un charme d'expressions qui séduit et entraîne. On comprend que la nature des travaux de la Société de chirurgie m'interdit un examen étendu de ce dernier écrit de l'illustre chirurgien. Nous dirons seulement que dans ces divers dialogues, l'auteur soulève les questions les plus ardues et les plus intéressantes de la philosophie naturelle.

Messieurs,

Je viens de tracer à grands traits la vie scientifique et profession nelle de cet homme éminent, dont la vie a été

« L'accord d'un beau talent et d'un beau caractère. »

Pendant près d'un demi-siècle, sir Benjamin Brodie exerça une influence marquée sur la chirurgie anglaise, soit par son enseignement, ses écrits, soit encore par sa haute position sociale. Dans la modeste chaire de chirurgie à l'école huntérienne de Great Windmill street, dans son enseignement officiel à l'hôpital Saint-Georges, dans la position élevée de président du collége royal des chirurgiens, comme dans le fauteuil présidentiel de la Société royale, sir Benjamin Brodie donna l'exemple de l'amour pour le travail, de la plus grande probité scientifique et professionnelle, du respect pour les droits de chacun, et d'un attachement profond à la profession qu'il avait embrassée. La position élevée qu'il a occupée, ses importants travaux

(1) *Account of case in which a foreign body was lodged in the right bronchus*. Med. chir. Trans., v. XXVI.

le placent, à juste titre, au nombre des célébrités chirurgicales de notre siècle. Il n'est pas un météore brillant dont la décevante lumière ne sert qu'à égarer le voyageur dans l'obscurité de la nuit; c'est un phare puissant, un guide constant et sûr, qui permet d'orienter la route au milieu des plus grands écueils.

L'influence de sir Benjamin Brodie contribua beaucoup à perfectionner l'état de la chirurgie anglaise, à élever le niveau des études chirurgicales et à agrandir les horizons scientifiques. La pente philosophique de son esprit le porta de préférence aux études profondes, à la culture des sciences et des lettres; il s'attacha avec prédilection aux travaux où l'intelligence joue un rôle principal; aussi, dans son service d'hôpital et dans sa pratique civile, il brilla plutôt par les solides et éminentes qualités du clinicien que par l'éclatante habileté de l'opérateur. La chirurgie était pour lui une science, ayant pour principale mission d'étudier les causes et la nature des maladies, de rechercher les voies et les moyens les plus rationnels pour modifier et détruire les diverses lésions ou troubles fonctionnels; cette grande et noble mission ne devait pas être sacrifiée à ces allures théâtrales, à ces opérations impossibles, à ces manœuvres opératoires brillantes et hardies qui frappent et séduisent, mais qui occultent parfois une instruction clinique insuffisante.

Considéré comme écrivain, sir Benjamin Brodie était correct et précis; ne visant jamais à des éclats de style, mais bien à la précision de la pensée, il avait le précieux talent d'exposer avec une méthode remarquable ses idées et ses pensées. Ses lettres critiques sur l'homœopathie, publiées dans le *Fraser magazine*, celle sur l'abus et l'usage du tabac, ses discours et ses dialogues en sont une preuve éclatante, et s'il ne s'élevait pas à ces hauteurs de pensées, quelquefois difficiles à soutenir, il se maintenait toujours dans des régions assez élevées pour apercevoir de larges horizons. Diderot a dit, et la Harpe l'a répété : qu'il y a des hommes qui n'ont de talent que pour une page, mais que cette page vaut un livre. On peut dire de sir Benjamin Brodie qu'il avait du talent, non-seulement pour écrire une page, mais pour écrire des livres.

Dans l'exercice de sa profession, sir Benjamin Brodie était aimé, écouté et respecté; consulté souvent dans des cas épineux et dans des difficultés de médecine légale, son opinion prévalait souvent, et toujours était prise en grande considération. Dans toute sa longue carrière il s'est toujours attaché à faire honorer et respecter la profession à laquelle il appartenait; il appréciait avec autant de tact que

de vérité la valeur de la médecine dans la société moderne : La médecine, disait-il, en cédant à R. Lee le fauteuil de la présidence de la Société de médecine, est une belle science, mais un pauvre commerce.

Dans toutes les circonstances de sa vie, sir Benjamin Brodie défendit et protégea le côté moral et scientifique de sa profession; c'est en partie par son influence qu'une charte plus libérale a été accordée au collége royal des chirurgiens; il a fait adopter le principe de l'élection dans la nomination des membres du conseil, et par son intervention directe, le privilége accordé au premier chirurgien de faire de droit partie du conseil, fut supprimé lors de sa nomination à la place de premier chirurgien (sergeant surgeon). C'était un assentiment donné aux belles paroles de d'Alembert : « Il n'y a que la » liberté d'agir et de penser qui soit capable de produire de grandes » choses, et elle n'a besoin que de lumières pour se préserver des » excès. »

Dans toutes les occasions, sir Benjamin Brodie fut un chaleureux défenseur des droits professionnels, un adversaire ardent de l'ignorance et du charlatanisme. Au déclin de sa vie, il ne craignit pas de compromettre son nom dans une polémique, et, par une lettre remarquable, publiée dans un journal littéraire, le *Fraser magazine*, 1861; il descendit dans l'arène pour défendre encore l'intérêt mora de la médecine.

Considéré comme savant, sir Benjamin Brodie se fit remarquer par la recherche du vrai, par le soin qu'il mettait à scruter, à regarder une question par tous ses côtés, à la comparer avec d'autres, à bien la peser et la mesurer avant de l'adopter ou de la repousser. Ses études de philosophie et d'histoire naturelle avaient donné plus d'ampleur à ses idées, plus d'acuité à son observation, perfectionné son intelligence et élargi l'horizon de ses pensées. Ses études pathologiques sur le système nerveux, ses investigations sur les lésions du cerveau l'avaient amené à s'occuper de cette haute et profonde question philosophique : de l'harmonie et de la localisation des diverses facultés. Ce n'est pas ici le lieu de toucher à ces grands et sublimes sujets, habilement agités ailleurs par un des savants collègues de cette Société. Avec les grands naturalistes et les profonds penseurs, sir Benjamin Brodie reconnaissait la nécessité de faire intervenir, dans une certaine mesure, pour la solution de problèmes aussi élevés, les causes téléologiques auxquelles ramène forcément l'étude sérieuse de l'organisation et de la pensée.

Je m'aperçois, Messieurs, que séduit par la beauté du modèle, entraîné par la richesse des détails, j'ai dépassé les limites dans lesquelles j'aurais dû me restreindre.

Je finis cette esquisse incomplète de la carrière professionnelle et scientifique de sir Benjamin Brodie en disant avec un de ses biographes : « Non est lugenda mors quam immortalitas consequitur. »

M. BROCA, secrétaire général, proclame les nominations et les lauréats de la Société.

Dans les dernières séances de 1862 la Société de chirurgie a procédé à l'élection de cinq membres associés étrangers, de huit membres correspondants étrangers, et de sept membres correspondants nationaux.

Les cinq *membres associés étrangers* qui ont dû être choisis, aux termes de l'article 10 des statuts, parmi les chirurgiens étrangers, depuis longtemps célèbres par leurs travaux, leur pratique ou leurs écrits, sont :

M. le professeur Heyfelder père, à Saint-Pétersbourg,

M. le professeur Kilian, à Bonn,

M. le professeur Pirogoff, à Heidelberg,

M. le professeur Rokitanski, à Vienne,

Et M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée belge, président de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Les huit membres correspondants étrangers nouvellement élus, sont :

M. Bernard Beck, de Friburg en Brisgau,

M. Holmes Coote, de Londres,

M. Cornaz, de Neufchâtel (Suisse),

M. Hutchinson, de Londres,

M. Sangalli, de Pavie,

M. Gustave Simon, de Rostock,

M. Sperino, de Turin,

M. Testa, de Naples.

Les sept membres correspondants nationaux que la Société a choisis parmi un grand nombre de candidats, en regrettant que son cadre trop restreint ne lui permît pas d'en élire davantage, sont :

M. Ollier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon,

M. Gaillard, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Poitiers,

M. Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans,

M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix en Provence,

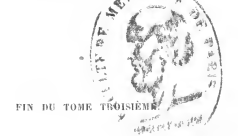
M. Salmon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres,

M. Ange Duval, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Brest,

M. Charles Dubreuilh, chirurgien en chef d'accouchement à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux.

Le prix Duval, décerné chaque année à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, soutenue dans le courant de l'année précédente devant l'une des trois Facultés de médecine de l'Empire, par les internes des hôpitaux de France, ou par les docteurs ayant rempli des fonctions équivalentes dans nos hôpitaux de l'armée et de la marine, a été décerné cette année à M. le docteur Ladreit de la Charrière, ex-interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse, soutenue à Paris en 1861, et intitulée *Des paralysies syphilitiques*.

Une mention honorable a été décernée à M. le docteur Edmond Marx, ex-interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, pour sa thèse soutenue à Paris en 1862, et intitulée *Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiques sur le canal de l'urèthre.*



FIN DU TOME TROISIÈME.

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES,

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

N

O

Œ

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

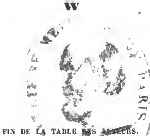
J

L

M

V

W



FIN DE LA TABLE DES AUTEURS.

ERRATA.

Page 542, première ligne :
Au lieu d'*artère axillaire,* lisez : *artère sous-clavière.*